



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA: A INFLUÊNCIA MATERNA

Elsa Maria do Vale Leiras



**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

**Elsa Maria do Vale Leiras**

## **COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA: A INFLUÊNCIA MATERNA**

**II Mestrado**  
**Em Enfermagem de Saúde Comunitária**

**Trabalho efetuado sob a orientação do**  
**Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça**

**Trabalho efetuado sob a coorientação da**  
**Professora Maria de Fátima Esteves Dias Franco**

**fevereiro de 2015**



## RESUMO

Os pais influenciam o estilo alimentar dos filhos, pois são eles que definem a alimentação mais ou menos saudável em casa (Viana [et. al.], 2009). Neste sentido, para promover estilos de vida saudáveis e intervir precocemente, há que conhecer/compreender a criança, a sua família e os estilos alimentares familiares.

O presente estudo pretendeu analisar a relação entre os comportamentos alimentares das mães e os comportamentos alimentares das crianças com 3 anos. Para tal, realizou-se um estudo descritivo-correlacional com uma amostra probabilística de 119 crianças com 3 anos e as suas mães, inscritas em dez unidades de saúde do ACES Cávado III Barcelos/Esposende. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o Questionário do Comportamento Alimentar da Criança de Wardle, Guthrie, Sanderson, Rapoport, traduzido e adaptado por Viana e Sinde (2008), tendo o mesmo, também, sido adaptado para a avaliação dos comportamentos alimentares da mãe. Este questionário avalia oito dimensões do comportamento alimentar (*Resposta à comida; Prazer em comer; Sobre-ingestão emocional; Desejo de beber; Resposta à saciedade; Ingestão lenta; Seletividade; Sub-ingestão emocional*). A colheita de dados decorreu entre fevereiro e maio de 2014, tendo sido efetuada em momentos distintos para a mãe e para a criança.

Dos resultados constata-se que, 33,6% (n 40) das mães e 35,2% (n 42) das crianças têm excesso de peso e obesidade, sendo este valor ligeiramente mais elevado nas crianças do sexo feminino. Da relação entre o índice de massa corporal (IMC) das mães e o IMC das crianças, observa-se uma correlação estatisticamente significativa positiva com o IMC do filho rapaz. Também as correlações entre cada uma das dimensões do comportamento alimentar da criança e da mãe são estatisticamente significativas e positivas: *Prazer em comer* ( $r=0,273$ ;  $sig=0,003$ ), *Sobre-ingestão emocional* ( $r=0,340$ ;  $sig<0,001$ ), *Resposta à saciedade* ( $r=0,209$ ;  $sig=0,023$ ), *Ingestão lenta* ( $r=0,219$ ;  $sig=0,017$ ), *Desejo de beber* ( $r=0,220$ ;  $sig=0,016$ ), *Seletividade* ( $r=0,237$ ;  $sig=0,010$ ), *Sub-ingestão emocional* ( $r=0,370$ ;  $sig<0,001$ ) e *Resposta à comida* ( $r=0,302$ ;  $sig=0,001$ ). Na comparação dos comportamentos alimentares das crianças conforme o sexo não se verificam diferenças significativas. O IMC da criança relaciona-se positivamente com o *prazer na comida* e *resposta à comida* da criança e negativamente com a *resposta à saciedade*, a *ingestão lenta* e o *desejo de beber*. Conclui-se, que várias dimensões do comportamento alimentar da criança influenciam o seu estado nutricional.

Os resultados corroboram os estudos que referem que os comportamentos alimentares das mães influenciam os comportamentos alimentares das crianças. Assim, as intervenções de Enfermagem devem ter na sua base a compreensão da complexidade do

comportamento alimentar infantil e dos seus determinantes, na promoção e educação para a saúde da família e dos seus membros, nos seus contextos de vida.

Palavras- chave: Comportamento Alimentar; Comportamento Materno; Promoção da Saúde; Parentalidade; Pré-escolar; Enfermagem em Saúde Comunitária.

## ABSTRACT

Parents influence the eating habits of their children as they are the ones who define what kind of more or less healthy food will be there at home (Viana [et al.], 2009). Accordingly, in order to promote healthy lifestyles and intervene earlier, we must know/understand the child, the family she belongs to and their family food style.

This study intended to find out which is the relationship existing between the eating behaviour of the mother and her three-year old child. In order to do this, a descriptive - correlational study has been made, using a probabilistic sample of 119 children of three years old and their mothers, all them registered in ten healthcare unit centers belonging to ACES Cávado III Barcelos/Esposende. The instrument used to collect the data was the Child Eating Behaviour Questionnaire from Wardle, Guthrie, Sanderson, Rapoport, translated and adapted by Viana and Sinde (2008), having the same questionnaire been adapted to evaluate the eating behaviour of the mother. This questionnaire evaluates eight dimensions of the eating behavior (*Food responsiveness; Enjoyment of food; Emotional over-eating; Desire to drink; Satiety responsiveness; Slowness in eating; Food Fussiness; Emotional under-eating*). This gathering of data occurred from February to May 2014, having been applied in distinct moments to the child and to the mother.

From the results obtained it is observed that, 33, 6% (n 40) of the mothers and 35, 2% (n 42) of the children are overweight and suffer from obesity, being this rate slightly higher among female children. Starting from the relation between the body mass index (BMI) of the mothers and the BMI of the children, a correlation statistically significant positive with the BMI of the male child has been noted. Also, the correlations existing between each one of the dimensions of the eating behaviour of the child and of the mother are statistically significative and positive: *Enjoyment of food* ( $r=0,273$ ;  $sig=0,003$ ), *Emotional over-eating* ( $r=0,340$ ;  $sig<0,001$ ), *Satiety responsiveness* ( $r=0,209$ ;  $sig=0,023$ ), *Slowness in eating* ( $r=0,219$ ;  $sig=0,017$ ), *Desire to drink* ( $r=0,220$ ;  $sig=0,016$ ), *Food Fussiness* ( $r=0,237$ ;  $sig=0,010$ ), *Emotional under-eating* ( $r=0,370$ ;  $sig<0,001$ ) and *Food responsiveness* ( $r=0,302$ ;  $sig=0,001$ ). During the balance done to the eating behaviours of children according to the gender, no significant differences are noted. The BMI of the child is positively related to the *enjoyment of food* and to the *food responsiveness* while it is negatively related to *satiety responsiveness*, *slowness in eating* and *desire to drink*. It is concluded that several dimensions of the eating behaviour of the child influence its nutritional status.

The results corroborate those studies that refer eating behaviours of the mothers as influencing the eating behaviours of their children. Therefore, the nurse care interventions must be based on the understanding of the complexity of the child behaviour and its

determinants, on the promotion and education of the family and of each one of its members for health and on their life contexts.

Keywords: Feeding Behavior; Maternal Behavior; Health Promotion; Parenting; Preschool; Community Health Nursing.

## AGRADECIMENTOS

A materialização deste projeto reveste-se de contributos acumulados que merecem ser identificados. Nesse sentido, dedica-se este trecho a todos aqueles que memoro com honesta estima:

Ao Professor Doutor Luís Graça, à Professora Maria Fátima Franco, pela constante idoneidade para orientar, problematizar e apoiar. Agradeço, ainda, a paciência e a confiança que sempre demonstraram no meu trabalho.

Aos profissionais da USF Senhora da Lapa, amigos e companheiros neste ano de trabalho, pelo alento e suporte que me proporcionaram.

Aos meus professores, com especial apreço, à Professora Doutora Cidália Amorim, e colegas do curso de Mestrado, pela partilha, incentivo e sentido de amizade e companheirismo exemplares.

Às mães e suas famílias que aceitaram participar e tornaram possível este contributo para os Cuidados de Enfermagem.

A todos os Enfermeiros e restantes profissionais das unidades de saúde do ACES Cávado III Barcelos/Esposende, que com grande receptividade colaboraram e sem os quais não teria sido possível grande parte desta investigação.

À minha Família e Amigos, pelo suporte e motivação, por uma partilha de valores humanos e luta diária pela continuidade, mesmo quando os privei da minha presença em muitos momentos.

Por fim, ao Ricardo pois qualquer forma de reconhecimento será sempre exígua face ao carinho e apoio incondicional, à tolerância, ao encorajamento e à compreensão por esta opção de vida que me tornou menos disponível.

A todos, o meu muito obrigado!



*“As crianças precisam de modelos mais do que precisam de críticas.”*

Joseph Joubert

## SUMÁRIO

RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS. ....	x
FIGURAS.....	x
GRÁFICOS.....	x
TABELAS.....	x
ACRÓNIMOS.....	xi
SIGLAS.....	xii
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
 <b>CAPÍTULO I- DA PROMOÇÃO DA SAÚDE AOS SEUS DETERMINANTES.....</b>	 <b>18</b>
1.1. Promoção da Saúde: uma Responsabilidade Intersectorial.....	18
1.2. Determinantes da Saúde.....	22
 <b>CAPÍTULO II – O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.....</b>	 <b>27</b>
2.1. Desenvolvimento Biológico, Psicológico, Social e Moral da Criança aos 3 Anos de Idade.....	28
2.2. Desenvolvimento do Comportamento Alimentar da Criança.....	31
2.3. O Comportamento Alimentar na Infância e o Papel Parental.....	42
 <b>CAPÍTULO III – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA AO NÍVEL DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....</b>	 <b>52</b>
3.1. A Promoção dos Comportamentos Alimentares – A Intervenção de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários.....	53
3.2. A Intervenção em Contexto Familiar.....	57
 <b>CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO DO ESTUDO.....</b>	 <b>63</b>
4.1. Finalidades e Objetivos.....	63
4.2. Desenho da Investigação.....	64

4.2.1. População e amostra.....	64
4.2.2. Variáveis.....	67
4.2.3. Hipóteses.....	69
4.2.4. Instrumentos de colheita de dados.....	69
4.2.5. Tratamento de dados.....	73
<b>4.3. Aspectos Éticos.....</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO V – RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
5.1. Comportamentos Alimentares das Mães.....	75
5.2. Comportamentos Alimentares das Crianças.....	79
5.3. Relação entre Comportamentos Alimentares da Mãe e da Criança.....	86
5.4. Relação entre Índice de Massa Corporal da Mãe e da Criança.....	88
<b>CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO.....</b>	<b>89</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>123</b>
Apêndice I – Pedido e autorização ao autor do Questionário do Comportamento Alimentar da Criança.....	124
Apêndice II – Pedido enviado para Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.....	126
Apêndice III – Questionário do Comportamento Alimentar adaptado para a Mãe...	128
Apêndice IV – Instruções para a Avaliação Antropométrica.....	133
Apêndice V – Modelo do Consentimento Informado para a Participação em Investigação.....	136
<b>ANEXOS.....</b>	<b>138</b>
Anexo I - Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ).....	139
Anexo II – Parecer de autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN..	144

## ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

### FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto em 1991 por Dahlgren e Whitehead (2007).....	23
---	----

### GRÁFICOS

Gráfico 1 - Grupos profissionais das mães segundo classificação das profissões do INE.....	76
Gráfico 2 - Distribuição do IMC percentilado, conforme sexo da criança.....	83

### TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de nascimentos por meses no concelho de Barcelos e nas unidades do estudo.....	66
Tabela 2 – Consistência Interna dos instrumentos de colheita de dados.....	71
Tabela 3 – Grupos etários e grau de escolaridade das mães (n=119).....	76
Tabela 4 - Dados estatísticos antropométricos da mãe (n=119).....	77
Tabela 5 - Classificação do peso da mãe (n=119).....	77
Tabela 6 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Questionário do Comportamento Alimentar para a Mãe.....	79
Tabela 7 - Frequência da creche e jardim de infância das crianças em estudo.....	79
Tabela 8 - Composição do agregado familiar e número de irmãos das crianças.....	80
Tabela 9 - Dados estatísticos antropométricos das crianças.....	81
Tabela 10 - Classificação do estado nutricional das crianças em função do sexo.....	82
Tabela 11 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança.....	84
Tabela 12 - Diferenças de Comportamentos Alimentares por sexo das crianças.....	85
Tabela 13 - Associação entre as dimensões do CEBQ e o IMC da criança (n=119)...	86
Tabela 14 - Associação entre as dimensões dos comportamentos alimentares das mães e das crianças por sexo.....	87
Tabela 15 - Associação do IMC da mãe e IMC da criança, por sexo.....	88

## **ACRÓNIMOS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

EPACI – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil

EPObIA - Estudo de Prevalência da Obesidade Infantil e dos Adolescentes

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

## SIGLAS

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

CEBQ – *Child Eating Behaviour Questionnaire*, Questionário do Comportamento Alimentar da Criança

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS – Direção- Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOTF - *International Obesity TaskForce*

NCHS - *National Center for Health Statistics*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

## INTRODUÇÃO

---

Atualmente, a intervenção em saúde com as crianças tem na sua base a valorização do contexto familiar, como o seu primeiro ambiente de aprendizagem, enfatizando a sua grande influência no desenvolvimento físico e psicossocial da própria criança. A sociedade em geral, pais ou outros membros do agregado familiar e pares, moldam os hábitos alimentares das crianças, aos quais se juntam diversos fatores externos, tais como a publicidade e os media em geral, o contexto social em que se efetua a ingestão de alimentos, para além da influência genética e das experiências alimentares precoces (Portugal, 2013).

A investigação de hábitos alimentares emerge como um dos grandes desafios em estudos epidemiológicos. Na origem de tal facto, estará o aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade na faixa etária pediátrica na Europa. Considerada já uma epidemia, na qual Portugal é afetado em larga escala, é evidente a gravidade atual e a que se prevê no futuro. Os estilos alimentares têm influência na idade adulta, criando assim um problema de saúde crescente na próxima geração, mas também nas atuais porque estão descritas consequências adversas para a saúde nas crianças e adolescentes.

Vários estudos apresentados pela World Health Organization (WHO, 2003, 2012), pretenderam identificar os determinantes do excesso de peso e obesidade, apontando para uma associação entre vários fatores intervenientes, quer os comportamentos, quer a própria dieta, o que no caso das crianças se relaciona diretamente com o ambiente familiar.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2013) aponta como objetivos para os cuidados de saúde a crianças, a estimulação de comportamentos saudáveis relacionados com a nutrição adequada à idade, prevenindo práticas alimentares desequilibradas.

Os hábitos alimentares vão sendo adquiridos no seio da família. Para que a criança incorpore hábitos de uma alimentação equilibrada os pais e, em geral todos os adultos com quem a criança contacta, devem servir de modelos.

Partindo deste pressuposto, a influência da família na aquisição de hábitos alimentares por parte das crianças é inquestionável. Os pais constituem-se modelos de

aprendizagem associados ao contexto sociocultural. Através do seu próprio comportamento, servindo de modelo, os pais influenciam o estilo alimentar dos filhos e as suas escolhas alimentares, pois são eles, que de uma maneira geral, definem a alimentação mais ou menos saudável dentro de suas casas (Viana *[et. al.]*, 2009), através das suas próprias escolhas, certas ou erradas, constituindo o primeiro ambiente de aprendizagem com o potencial para desenvolver estilos de vida saudáveis. Os primeiros seis anos de idade são os mais importantes para desenvolver bons hábitos alimentares para a vida, e os hábitos alimentares no 2º e 3º anos de vida tendem a manter-se nos anos seguintes (Stanhope e Lancaster, 2011).

Desta forma, a influência parental na criança está associada ao desenvolvimento da relação da criança com a comida ao longo de toda a sua vida. Efetivamente, a infância e o contexto alimentar são amplamente assumidos como cruciais para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis para toda a vida.

A diversificação alimentar na criança surge antes do primeiro ano de vida, acompanhada por uma adesão adequada dos pais, na grande maioria dos casos, às regras de alimentação saudável para o lactente. A integração no regime alimentar familiar inicia-se aos 12 meses, sendo que o consumo de sal, de gorduras saturadas, fritos, alimentos açucarados e refrigerantes deve ser restringido pelo menos até aos 3 anos de idade, mantendo-se os princípios da alimentação saudável (Stanhope e Lancaster, 2011; Portugal, 2013). No entanto, a partir dos 12 meses verifica-se uma diminuição do apetite, com desinteresse pela comida e mesmo pelas refeições. A propósito dos alimentos da família, também, de um modo geral, é socialmente declarado que as crianças, a partir do primeiro ano de idade, comem de “tudo” o que os pais comem, de tal forma, que os hábitos alimentares dos pais são considerados a melhor fonte de informação para as crianças. Saliente-se, ainda, que é a mãe a pessoa de referência para as crianças no que diz respeito à alimentação, sendo que as mães que selecionam os alimentos segundo os critérios de qualidade e não apenas no sabor, proporcionam refeições mais saudáveis aos seus filhos (Rossi, Moreira e Rauen, 2008).

Por outro lado, em muitas circunstâncias apercebemo-nos, de que isto significa comerem alimentos menos adequados à sua idade e, noutros casos, menos saudáveis. É perante estas situações, que muitas vezes, surgem os conflitos por parte dos pais que iniciam práticas persuasivas contraproducentes (Cordeiro, 2005 citado por Aparício, 2010). Além disso, as práticas alimentares dos pais podem surgir como modelos adequados para as preferências alimentares das crianças ou, pelo contrário, como promotoras de hábitos desequilibrados. Segundo Andrade, Ramos e Barros (2010), o conhecimento nutricional dos pais relaciona-se com os hábitos alimentares das crianças. No entanto, em muitas circunstâncias, as práticas alimentares baseiam-se nas



preferências alimentares, na percepção parental de peso e na preocupação parental com o peso da criança, não havendo concordância com os conhecimentos nutricionais dos pais, sendo necessária uma intervenção diferenciada nestas variáveis.

Diversos estudos, no âmbito da alimentação infantil, abrangem as crianças na idade pré-escolar, nomeadamente a partir dos 3 anos, avaliando programas e estratégias de intervenção nessa faixa etária (Fernandes, 2011; Ferreira, 2010; Rito *[et. al.]*, 2011; Sousa, 2009). Nestas idades as crianças já têm um papel interventivo devido ao seu desenvolvimento psicomotor e social. Contudo, a intervenção precoce fica comprometida, pois do nascimento até à idade pré-escolar podem instalar-se hábitos não saudáveis no que diz respeito à alimentação, difíceis de reverter, provocando alterações de crescimento e nutricionais (WHO, 2003; Viana, 2002), bem como a adoção de comportamentos e atitudes face à alimentação.

Havendo consenso relativamente à necessidade prioritária de intervenção em Saúde Pública, no âmbito da prevenção e promoção da saúde no contexto da alimentação na infância, é defendido, que qualquer intervenção carece da identificação e compreensão dos determinantes que influenciam o contexto alimentar das crianças. Enquanto isso, os profissionais de saúde devem estar cientes de que há uma complexa interação entre as crianças, os seus pais e a alimentação, e que os comportamentos de ambos estão, até certo ponto, associados com o peso da criança. Isto implica, que se os comportamentos influenciam o peso da criança - o que parece bastante plausível - os esforços para prevenir ou tratar o peso da criança saudável podem passar pela mudança dos seus próprios comportamentos e dos seus pais (Jansen *[et. al.]*, 2012).

Assim, compreender os processos que envolvem a parentalidade emerge da necessidade de desenvolver o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem, incrementando intervenções e definindo resultados, para ajudar as pessoas a alcançar transições saudáveis (Meleis, 2007). A valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais, informação necessária ao melhor desempenho no que respeita à promoção de uma alimentação saudável, constitui um desafio constante na saúde, como é salientado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2013). Assim, a intervenção dos profissionais de saúde com pais de crianças, que integram a diversificação alimentar, assenta na educação para a saúde aliada à aceitação da autonomia das crianças e na compreensão das práticas educativas parentais (Tinoco, s.d.). Contudo, o efeito deste tipo de informação na mudança dos comportamentos alimentares infantis não é claro, pelo que é necessário conhecer o tipo e as influências do comportamento alimentar dos pais no regime alimentar praticado nos seus filhos.

Além das variáveis sociodemográficas, espera-se acrescentar mais contributos no conhecimento dos determinantes parentais, nomeadamente nos estilos parentais de alimentação, fundamentais para sustentar a intervenção dos Enfermeiros e outros profissionais de saúde. Pretende-se, ainda, obter ganhos para a melhoria da abordagem dos Enfermeiros com as famílias, no sentido de desenvolver estratégias para a capacitação individual e familiar, que visem a mudança de comportamentos alimentares das mães e das crianças através de estratégias para a promoção de estilos de vida saudáveis, intervindo nas causas dos problemas de forma fundamentada e o mais precocemente possível.

Face ao exposto e considerando o aumento da prevalência da obesidade e dos problemas relacionados com a alimentação infantil, reconhece-se a necessidade de mais investigação nesta área. A nível governamental, esta doença tem sido subestimada e, em Portugal, apesar de já se verificarem esforços ao nível da promoção da saúde em crianças em idade escolar e em adolescentes, pouca atenção tem sido dada às crianças na primeira infância e em idade pré-escolar.

Reconhecendo as lacunas existentes em Portugal ao nível da vigilância alimentar e nutricional infantil e da influência dos seus determinantes que podem ser precocemente modificáveis, justificam-se estudos nesta área pela escassez de trabalhos com crianças menores de seis anos e suas famílias, o que se traduz em insuficiente pesquisa que sustente métodos efetivos para intervir precocemente. Por outro lado, o nível de conhecimentos sobre o comportamento alimentar até aos 3 anos de idade é reduzido no nosso país, pelo que se considera importante caracterizar esta população no que se refere aos comportamentos alimentares.

É esta linha de pensamento, aliada às experiências profissionais de enfermagem em cuidados de saúde infantil, em contexto comunitário, que norteia a pergunta de investigação deste projeto: **Qual a relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade?**

A pertinência do estudo reside na descoberta de resultados práticos na avaliação dos comportamentos alimentares das mães e da sua influência nas práticas alimentares das crianças que integram o regime alimentar familiar aos 3 anos de idade.

Para dar resposta à questão de partida pretendeu-se analisar a relação entre os comportamentos alimentares das mães e os comportamentos alimentares das crianças com 3 anos, no concelho de Barcelos.

Apresentando uma visão geral da dissertação esta é redigida ao longo de seis capítulos antecédidos da presente Introdução.

Os capítulos I, II e III, apresentam o enquadramento teórico, segmentando-se numa abordagem integrada da saúde, da promoção da saúde na base dos estilos de vida

e dos seus determinantes. É de igual forma efetivada a contextualização em Portugal e no mundo, do excesso de peso, seus determinantes e efeitos adversos para a saúde. Estes capítulos reservam, ainda, a abordagem do papel da família, particularmente dos pais, no crescimento e desenvolvimento da criança aos 3 anos de idade enquanto primeiros prestadores de cuidados, dos comportamentos alimentares e das suas dimensões nesta faixa etária. Destaca-se o contributo de diversas recomendações para a educação alimentar e intervenção comunitária e o consenso quanto à necessidade de uma prática preventiva e de promoção da saúde junto dos pais, famílias e grupos comunitários.

O capítulo IV reporta-se à conceptualização do processo de investigação empírica, especificando-se a metodologia utilizada e os procedimentos de recolha e análise dos dados.

No capítulo V procede-se à apresentação dos resultados englobando a caracterização sociodemográfica da amostra, os dados antropométricos das mães e crianças e a análise da relação dos comportamentos alimentares das mães e crianças.

No capítulo VI procede-se à discussão dos resultados e principais inferências obtidas, de acordo com estudos de referência na área.

Finaliza-se com a apresentação das principais conclusões, onde se expõem as principais evidências apuradas e se aclaram algumas implicações para a intervenção da Enfermagem de Saúde Comunitária.

## **CAPÍTULO I- DA PROMOÇÃO DA SAÚDE AOS SEUS DETERMINANTES**

---

Para que a intervenção dos profissionais de saúde seja eficaz é fundamental conhecer os princípios inerentes à promoção da saúde e seus determinantes. Assim, torna-se indispensável ter em consideração as circunstâncias políticas e económicas, os fatores históricos, sociais e culturais de cada comunidade, as características dos contextos familiares e laborais até às especificidades psicológicas e físicas dos indivíduos. Portanto, no âmbito da promoção da saúde não é suficiente abarcar os fatores de risco dos problemas de saúde numa perspetiva exclusivamente individual (Macías Gutierrez e Arocha Hernández, 1996). Assim sendo, conhecer os determinantes sociais do processo de saúde-doença, sem desvalorizar a dimensão individual e biológica, aliada a um contexto mais abrangente, desde a dimensão coletiva e social, até à política, cultural económica (Dahlgren e Whitehead, 2007), assume-se cada vez mais como a estratégia que deve nortear os diversos planos e projetos de intervenção comunitária.

Neste sentido, e visualizando a promoção de saúde como um processo que visa capacitar as pessoas e comunidades para que sejam capazes de agir sobre os fatores determinantes da saúde, importa fazer referência, tendo em conta o objeto do presente estudo, que a alimentação condiciona o nível de saúde individual e coletivo, sendo desta forma premente analisar a relação entre comportamento alimentar e promoção da saúde. Para tal, neste capítulo, contextualiza-se a promoção da saúde como uma responsabilidade intersetorial e analisam-se os seus determinantes à luz do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (2007).

### **1.1. Promoção da Saúde: uma Responsabilidade Intersetorial**

Vivemos numa época em constante transformação, onde são vários os riscos que ameaçam a sociedade e onde perduram comportamentos de risco para os quais são conhecidos os possíveis efeitos sobre a saúde.

A saúde é hoje considerada em todas as sociedades, um direito fundamental da pessoa humana, surgindo como um valor social e individual de enorme importância (Leandro, 2001). Esta importância foi sendo conquistada ao longo do tempo, sobretudo, a partir de 1948, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a englobar no conceito de saúde uma noção mais vasta de bem-estar, não falando unicamente da

ausência de doença, mas de um estado de bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948). Mais tarde, a OMS completa esta definição considerando que a saúde envolve a capacidade dos indivíduos ou grupos para realizarem as suas aspirações e satisfazerem as suas necessidades, assim como, para lidarem ou modificarem o meio que os envolve (OMS, 1986). A saúde surge, então, como um conceito positivo, que enfatiza não só os recursos sociais e pessoais, como também as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não está relacionada somente às responsabilidades do setor da saúde, e vai muito além dos estilos de vida saudáveis, passando pelo bem-estar e por ambientes que incentivem comportamentos salutareis (OMS, 2010).

Visa-se, pois, que a pessoa participe no seu processo de promoção da saúde e prevenção da doença; que procure informação sobre controlo alimentar, modificação do comportamento e redução do stresse; que se torne responsável pelos seus comportamentos e atitudes; que escolha e assuma as suas opções, através de um melhor conhecimento de si própria, dos fatores de risco das doenças e dos comportamentos e atitudes que promovem a saúde. O conhecimento cada vez melhor que a pessoa adquire de si própria, de determinados fatores de risco, do seu ambiente e da dialética que estabelece com esse ambiente, permite-lhe alcançar objetivos cada vez mais integradores e flexíveis, de modo a ter maior controlo sobre o seu estado de saúde (Reis, 2005; Paúl e Fonseca, 2001).

A preocupação com a saúde e a doença surge como uma prioridade em vários domínios, de tal forma, que a saúde passou a ser vista como um património coletivo que é necessário proteger e, também, um dever de cada pessoa, quer em relação a si própria, quer em relação à sociedade.

Em 1978, na sequência de vários movimentos que apelavam a uma mudança social, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, na então União Soviética, desenhando-se uma tendência para a descentralização da medicina hospitalar na conceção de saúde, orientando-a para a aproximação à comunidade. Para além de outros enunciados, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) declara: a promoção e a proteção da saúde das populações é essencial para a sustentação da economia e o desenvolvimento económico e contribui para uma melhor qualidade de vida e paz mundial; alcançar o mais elevado nível de saúde é o mais importante objetivo à escala mundial, cuja efetivação requer a ação de muitos outros sectores sociais e económicos, para além do sector da saúde; é atribuída aos governos a responsabilidade pela saúde das suas populações, a qual pode apenas ser atingida desde que sejam proporcionadas medidas sociais e de saúde adequadas.

Passou-se a fazer cada vez mais apelo à adoção de comportamentos saudáveis, investindo na promoção da saúde e prevenção da doença, sobretudo no seio familiar, tal

como é preconizado pela OMS através da Carta de Ottawa (OMS, 1986). Esta enfatiza a necessidade da promoção da saúde que é definida como o processo que permite aos indivíduos aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e melhorá-la (OMS, 1986), e reforça a abordagem psicossocioecológica da saúde, no sentido de criar contextos promotores de saúde.

Na Carta de Ottawa (OMS, 1986) são definidas as várias áreas de intervenção da promoção da saúde: construção de políticas de saúde pública que promovam a saúde; criação de ambientes físicos e sociais de suporte; reforço da participação ativa dos indivíduos e das comunidades; desenvolvimento de competências pessoais e reorientação e reestruturação dos serviços de saúde.

A promoção da saúde passa a incluir a responsabilização da decisão política e a reorientação dos serviços, assente nos indivíduos como principal recurso de saúde e na comunidade como principal representante em matéria de saúde, de condições de vida e de bem-estar. Envolve, ainda, os indivíduos e as comunidades como um todo, destacando-se o papel dos indivíduos, das famílias e das organizações enquanto agentes que intervêm na definição e implementação de práticas de saúde e de políticas que conduzem ao bem-estar individual e coletivo (Ramos, 2004). Assim, a promoção da saúde é tanto mais efetiva quanto mais se potenciar o envolvimento de vários setores numa abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, integrando por isso os vários fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas e comunidades (Meireles, 2008). Chega-se, então, ao consenso de que a promoção da saúde é essencial ao contínuo desenvolvimento económico e social, à manutenção da melhoria da qualidade de vida e à manutenção da paz mundial.

A Declaração de Alma-Ata representou o ponto de partida para as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, nas quais os estilos de vida saudáveis, nomeadamente, os relacionados com a alimentação, foram alvo de atenção prioritária. Saliente-se, a Declaração de Adelaide (OMS, 2010), cujo objetivo passou por dar mais vigor, pelo viés da equidade, à estratégia de Saúde em Todas as Políticas. Em 2013, a Declaração de Helsínquia veio reforçar as diretrizes da Conferência de Adelaide, acrescentando como objetivos: facilitar a troca de experiências e orientar mecanismos eficazes para a promoção de ações intersetoriais; rever abordagens para enfrentar obstáculos e capacitar a implementação da Saúde em Todas as Políticas; identificar oportunidades para implementar as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde; abordar a contribuição da promoção da saúde na renovação e reforma dos cuidados de saúde primários e analisar os progressos, impacto e resultados da promoção da saúde desde a Conferência de Ottawa (WHO, 2014b).

No que se refere à alimentação, a promoção da saúde pressupõe intervenções que passam pela definição de políticas de saúde públicas que promovam a alimentação infantil saudável; pela importância da criação de um ambiente social de apoio à criança, onde emerge a importância da criação de um ambiente familiar salutar e para a importância da proatividade dos pais, nomeadamente, ao nível das competências parentais em termos da alimentação infantil da criança.

Acrescente-se, ainda, que se pretende reforçar a questão de que a promoção da saúde é aprendida dentro das famílias, cujas crenças, valores e padrões de comportamento de saúde são formados e passados às gerações futuras. É na família que começam por se forjar os

“hábitos alimentares, as regras de higiene, os horários de sono, as formas de lazer, a prática de exercício físico, as regras de segurança rodoviária, a propensão ou evitamento de comportamentos de risco, como sejam, por exemplo, a iniciação ou não às bebidas alcoólicas, ao abuso dos sumos e de guloseimas, a tendência para o sedentarismo das crianças diante da televisão e/ou do computador, bem como a qualidade das relações afetivas que circulam entre os seus membros, os sistemas de crenças que podem vir a influenciar comportamentos relativos à saúde, entre outros aspetos” (Leandro [et. al], 2006, p.189).

O saudável no seio da família aparece, então, como uma submissão a um autocontrolo de recusa de comportamentos aditivos e da adoção de alguns comportamentos contrários aos que são promovidos, nomeadamente exercício físico e alimentação equilibrada (quantidade e qualidade). Planear as refeições em família; passar tempo de lazer em conjunto; uma grande proximidade emocional entre os membros, transmitindo sentimentos de apoio e afirmação entre si; aptidão para assumir os papéis e os deveres quando algum membro adoece; interesse por informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença; partilhar tarefas domésticas e satisfazer as necessidades de todos os seus membros durante uma doença, são exemplos práticos de promoção da saúde familiar (Hanson, 2005).

No entanto, convém referir, que ao longo das trajetórias de vida das famílias, com mais ou menos equilíbrio, vão existindo, por um lado, fatores protetores que promovem a resiliência e a saúde, e por outro, riscos e acontecimentos de vida adversos podendo ser geradores de vulnerabilidade e doença. A sociedade na atualidade produz uma série de riscos globais, cuja origem se encontra no desenvolvimento da tecnologia industrial e manifesta-se a nível ambiental e nos modos de vida das famílias. Infelizmente, a sociedade gera um limitado controlo sobre os riscos, delegando na dinâmica social a definição de opções e deixando ao critério individual a escolha de modo de vida, o que

não traz bons resultados para a saúde coletiva e individual (Silva, 2008). Perante isto, assume-se como fundamental conhecer os fatores determinantes que podem influenciar as capacidades das famílias em enfrentar os riscos atrás descritos, até porque investir na promoção da saúde familiar, implica, além da mudança de atitudes e comportamentos, intervir nos determinantes da saúde (Leandro, Machado e Gomes, 2007; Portugal, 2004; WHO, 2011).

## **1.2. Determinantes da Saúde**

A saúde e o bem-estar resultam de condições básicas e da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais (Dahlgren e Whitehead, 2007), sendo que aqueles que mais influenciam a saúde denominam-se determinantes da saúde. Nem todos os determinantes da saúde podem ser modificáveis. No entanto, as intervenções na melhoria da saúde e bem-estar assentam nas ações individuais e sociais que podem alterar alguns dos determinantes.

Em 1974, Marc Lalonde propôs um dos modelos mais difundidos para explicar a ação dos determinantes da saúde, sendo que os estilos de vida, o meio ambiente, a biologia humana e os recursos de saúde, agrupam todos os fatores que condicionam a saúde dos indivíduos e populações (Macías Gutierrez e Arocha Hernández, 1996). Segundo este modelo, a saúde resulta de uma interação contínua entre o indivíduo e o ambiente físico e social em que se insere, numa responsabilização compartilhada dos cidadãos e comunidade e, sendo a saúde um investimento para a sociedade, esta é o elemento garantia para o desenvolvimento e progresso das comunidades e países (Silva, 2011). Perante isto, emergiu o imperativo da mudança dos comportamentos individuais para estilos de vida mais saudáveis, com enfoque nas práticas alimentares, exercício físico, redução dos consumos nocivos, entre outros. Neste âmbito, o processo de educação para a saúde emerge como o processo crucial para informar as pessoas e populações na adoção de comportamentos promotores de estilos de vida mais saudáveis.

Por sua vez, e tendo em conta as novas realidades sociais, em 1991, Dahlgren e Whitehead apresentaram um modelo explicativo mais abrangente e integrador do processo saúde- doença que engloba e reforça a importância do poder público, da participação comunitária, da equidade em saúde, da intersectoralidade e da evidência científica, aliados às dimensões até então consideradas (Figura 1). O modelo de Dahlgren e Whitehead (2007) dispõe os determinantes de saúde em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até a camada mais distal, em que se situam os macrodeterminantes. Os



indivíduos, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, que exercem influência sobre o seu potencial e suas condições de saúde, estão na base do modelo (determinantes proximais). De seguida, surge o comportamento e os estilos de vida individuais, situados no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde. Na camada seguinte, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho (determinantes intermediários), e a disponibilidade de alimentos/cuidados alimentares e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais de saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. Por fim, o último nível apresenta aqueles que são considerados os macrodeterminantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, assentes nas políticas vigentes.

Em relação à abrangência das políticas, estas podem ser consideradas a um nível macroeconômico relacionadas com o trabalho, a proteção ambiental e de solidariedade para um desenvolvimento sustentável; políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, pela promoção de ambientes saudáveis em contexto de habitação, trabalho, saúde e educação; políticas que sustentam a promoção da saúde, envolvendo a participação das pessoas e comunidades e as ações coletivas para a melhoria das condições de saúde, do bem-estar e qualidade de vida; e por fim políticas que favoreçam a mudança de comportamentos associados aos estilos de vida de risco (Silva, 2011; Sobral e Freitas, 2010).



**Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto em 1991 por Dahlgren e Whitehead (2007).**

Saliente-se que, este modelo tem sido assumido como sendo mais eficaz no que diz respeito ao planeamento das intervenções comunitárias, uma vez que integra os

diferentes fatores a considerar como determinantes do processo saúde-doença, estabelecendo níveis de relacionamento entre os mesmos, e como norteadores das intervenções nestes processos (Portugal, 2012a; Silva, 2011). Neste contexto é de salientar o impacto que os determinantes sociais têm nos comportamentos e estilos de vida dos elementos que compõem a família, nomeadamente, no que se refere ao comportamento alimentar da mesma, e consequentemente, na influência dos comportamentos alimentares dos pais, no comportamento alimentar dos filhos.

A pertinência deste modelo está, também, evidenciada no Plano Nacional de Saúde 2012/2016, uma vez que adota a perspetiva de que os determinantes de saúde interligam-se e potenciam-se, permitindo perceber como diferentes níveis de intervenção política têm impacto na saúde individual e das populações. As intervenções num primeiro nível são direcionadas para a melhoria das condições socioeconómicas, culturais e ambientais; num segundo nível, preconizam-se medidas de melhoria das condições sociais de vida e de trabalho, através do desenvolvimento de serviços e recursos; o terceiro nível visa fortalecer o suporte social e comunitário em proximidade com o cidadão e o quarto nível direciona-se para os estilos de vida e as atitudes individuais (Portugal 2012a).

Assim, a responsabilidade pela promoção da saúde cabe a todos os setores sociais, às famílias e aos próprios cidadãos. É partindo deste pressuposto, que se sustenta a premissa de que os pais não se podem alhear das suas responsabilidades na definição do comportamento alimentar dos seus filhos, tendo em conta os estilos de vida adotados pelas famílias contemporâneas.

Os estilos de vida, referem-se ao conjunto de comportamentos que podem atuar sobre a saúde dos indivíduos, aos que estes se expõem deliberadamente e para os quais se poderá exercer mecanismos de controlo, mantendo-os ou evitando-os. Neste sentido, o interesse nos estilos de vida reflete-se na evidência epidemiológica que liga o estilo de vida à saúde e a prova-lo está o facto das doenças crónicas não transmissíveis se situarem no topo das causas de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos, tendo como etiologia comum os estilos de vida individuais (Portugal, 2004).

No estilo de vida adotado por cada pessoa, um dos comportamentos caracterizadores do mesmo prende-se com o padrão alimentar, que é, um dos grandes determinantes associados à perda de anos de vida e de saúde, sendo reconhecida a relação entre os alimentos e a saúde, sobretudo, em idade pediátrica (Portugal, 2004, 2005; Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008). Desta forma, nos países desenvolvidos os problemas de saúde relacionados com a alimentação surgem sob múltiplas formas, desde os défices aos excessos alimentares. Nos grupos mais desfavorecidos e vulneráveis, como são as crianças, são frequentes problemas relacionados com a

alimentação e a nutrição decorrentes quer de carências, quer do aporte excessivo de gorduras, sal e calorias. Patologias tais como a obesidade e a anemia, apresentam-se e agravam-se gradualmente após um período constante de consumos alimentares desadequados, surgindo como prioridades das ações atuais para a saúde (Rossi, Moreira e Rauen, 2008).

É um facto que, os comportamentos e estilos alimentares das crianças e adolescentes são determinantes na promoção e manutenção da saúde, quer pela importância para o seu crescimento e desenvolvimento, quer pelo peso que representam na prevenção de algumas doenças na idade adulta (Rossi, Moreira e Rauen, 2008).

Uma vez que é na infância que os hábitos alimentares se formam, é fundamental a compreensão dos seus fatores determinantes. Existem inúmeros fatores de origem interna e externa ao indivíduo, que interligados determinam a aquisição dos comportamentos alimentares (Ramos e Stein, 2000). Salientam-se os fatores psicossociais, responsáveis pela cultura alimentar no contexto da família onde, desde logo, a criança se insere desde o momento do seu nascimento. As experiências alimentares vão sendo sucessivas ao longo dos primeiros anos de vida, decorrentes dos padrões de cultura alimentar e contexto económico dentro do grupo social onde a criança vive.

No que respeita a indicadores de saúde como a taxa de mortalidade infantil e outros, os valores atingidos em Portugal são dos melhores a nível mundial, pese embora as desigualdades em saúde que subsistem, quando considerados diferentes grupos sociais. Os determinantes ligados ao contexto de vida, tais como os fatores de ordem cultural, política, socioeconómica, género e recursos comunitários, ao ambiente físico e às dimensões individuais de cariz genético e comportamental, o acesso aos serviços de saúde e a cuidados de qualidade constituíram elemento basilar para que tal evolução acontecesse (Portugal, 2012a, 2013). No entanto, diversos determinantes têm sido apontados como responsáveis pelo aumento da prevalência de peso excessivo na população infantil, nomeadamente aqueles que dizem respeito ao seu microambiente e que incluem o estilo de vida da criança (alimentação e atividade física) e múltiplos fatores da influência familiar, não descurando a influência mais abrangente das condições de vida atuais e do contexto socioeconómico e cultural (Costa, 2012).

Pela revisão bibliográfica pode concluir-se, que a obesidade é a doença nutricional de maior prevalência em idade pediátrica, acarretando repercussões psicossociais e físicas com impacto na qualidade de vida das crianças (Carvalho, 2006; WHO 2012, 2014). É, portanto, premente a adoção de uma intervenção precoce e integrada na infância, ao nível da promoção de práticas alimentares saudáveis. Realce-se que esta intervenção deve incidir nos diferentes determinantes que influenciam o estado

de saúde, assumindo os Cuidados de Saúde Primários, um papel preponderante no contexto individual, familiar e comunitário, por forma a se potenciar ganhos em saúde.

## **CAPÍTULO II – O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

---

É na infância que os hábitos alimentares se formam, sendo importante o conhecimento dos seus determinantes para que seja possível propor processos mais efetivos de uma alimentação mais saudável junto das crianças (Ramos e Stein, 2000). Um dos determinantes relaciona-se com o papel parental, na medida em que este é central na construção do ambiente alimentar familiar. As atitudes, crenças e práticas alimentares parentais, modelam as ofertas de alimentos, exercem controlo sobre o tempo, a quantidade e o contexto social que envolve as refeições, para além de estabelecerem o ambiente emocional que as envolve (Birch e Fisher, 1995; Viana, 2009). Por outro lado, é essencial conhecer o processo de aprendizagem alimentar, nomeadamente ter presente que, as crianças têm uma preferência natural por sabores doces e salgados e uma tendência para recusarem alimentos mais saudáveis, sobretudo, se não forem precocemente expostos ao seu sabor. No entanto, as práticas excessivas de restrição para o consumo moderado dos alimentos preferidos podem ter um efeito negativo ou o contrário, aumentando o interesse e a preferência da criança pelo alimento proibido (Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008; Viana, 2009).

Assim, importa referir que, os pais e outros cuidadores das crianças devem ter noção do que envolve a aprendizagem alimentar em idade pediátrica na medida em que, sendo um processo complexo do desenvolvimento, a mesma depende de múltiplos fatores, os quais devem ser interiorizados e compreendidos por todos os que se envolvem no desenvolvimento salutar de cada criança. Neste capítulo pretende-se expor o crescimento e desenvolvimento da criança aos 3 anos de idade e os determinantes dos seus comportamentos alimentares, nomeadamente a influência parental, relacionando-os.

### **2.1. Desenvolvimento Biológico, Psicológico, Social e Moral da Criança aos 3 Anos de Idade**

Na criança o seu crescimento e desenvolvimento exprimem-se através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais e morais. Evoluem de acordo com as leis da maturação neuropsicológica, sob influência de fatores ambientais, nomeadamente, socioculturais (Pestana [et. al.], 2010). A interação entre todos estes fatores prepara a criança para mudanças significativas no seu percurso de vida.

O controlo das funções corporais, a experiência de períodos breves e prolongados de separação, a capacidade de interagir cooperativamente com outras crianças e adultos, o uso da linguagem e maiores períodos de atenção e memória, deixam-nos prontos para o grande período – os anos escolares. A conquista bem-sucedida em termos de crescimento e desenvolvimento é essencial para que as crianças com três anos de idade refinem muitas das tarefas que foram dominadas nos anos precedentes. Saliente-se que, os fatores ambientais, nomeadamente, a alimentação, a ausência de doença e os cuidados gerais, têm uma influência decisiva na preservação do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, quando comparado, por exemplo, com a adolescência, em que a influência genética se torna particularmente expressiva (Aparício, 2010).

Importa, por isso, fazer referência às características de crescimento físico e desenvolvimento psicomotor de uma criança com 3 anos de idade.

Em termos físicos, nesta idade o aumento de peso normal é de 1,8 a 2,7 quilogramas (Kg); o peso médio é de 14,6 Kg; o aumento de altura normal é de 7,5 centímetros (cm) por ano e a altura média de 95 cm. O controlo noturno do intestino e da bexiga pode ser conseguido nesta idade (Chordas, 2006).

Em termos da motricidade global, a criança sobe escadas colocando um pé em cada degrau e desce colocando os dois pés em cada degrau e/ou sobe escadas como o adulto, anda de triciclo e tenta dançar, mesmo que o equilíbrio não seja o mais adequado. No que diz respeito à visão e manipulação, realiza construções com cubos usando as duas mãos, apresenta destreza manual, imita o círculo fazendo a tríade do lápis e a cruz, desenha a cabeça e outra parte do corpo (normalmente são os membros), come com garfo e colher, lava as mãos e limpa com necessidade de supervisão, tenta escovar os dentes, vai sozinho à casa de banho, pedindo ajuda à noite, veste-se e despe-se com ajuda e reconhece pequenos detalhes de uma imagem.

Em termos de audição e linguagem, tem um vocabulário expressivo de 250 e 500 palavras, utiliza frases com 4 a 5 palavras mais ou menos corretas semanticamente, pode aparecer gaguez fisiológica, tenta exprimir o seu pensamento com palavras novas,

por vezes fora do contexto, gosta de ouvir e contar histórias, 80% da fala é inteligível por estranhos, combina duas cores básicas, compreende frases negativas, utiliza frases interrogativas e dois pronomes pessoais, conhece diversas rimas infantis, canções ou anúncios, com alguma precisão e consegue relatar acontecimentos recentes (Chordas, 2006).

Para as crianças nesta faixa etária, o método mais esclarecedor e eficaz é a brincadeira, que se torna a maneira da criança compreender, adaptar-se e exercitar as experiências da vida. Aos 3 anos de idade fazem muitas perguntas e usam o plural, pronomes corretos e o tempo verbal no passado. Atribuem nome aos objetos familiares, tais como animais, partes do corpo, parentes e amigos. Podem dar e obedecer a ordens simples. Falam incessantemente, independentemente de alguém estar a ouvir ou responder (Wilson, 2006).

No que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, a teoria de Piaget faz referência à fase pré-concetual, que se manifesta entre os 2 e os 4 (Lourenço, 2010). A fase pré-concetual é uma subdivisão da fase pré-operacional (2 aos 7 anos de idade). A fase pré-concetual é primordialmente uma fase de transição que liga o comportamento puramente de autossatisfação da pré-infância ao comportamento socializado mais simples do lactente. Pensamento pré-operatório implica que as crianças não podem pensar em termos de operações, ou seja, manipular objetos em relação aos outros de forma lógica. Em vez disso, as crianças, pensam com base em perceções de um evento. A resolução de problemas é baseada no que veem ou ouvem diretamente, e não no que elas se lembram sobre os objetos e determinados acontecimentos. Esta fase caracteriza-se pelo egocentrismo e pela incapacidade de compreender os processos que implicam mudança. O seu pensamento é estático, estando sempre no momento presente, não considerando os anteriores, nem antecipando o futuro; caracteriza-se por organização global (raciocínio de que ao mudar qualquer parte de um todo, o todo muda completamente); centralização (incapacidade para se centrar em mais de um aspeto da situação, são incapazes de globalizar); animismo (atribuir qualidades de seres vivos a objetos inanimados); irreversibilidade (incapacidade de desfazer ou reverter as ações iniciadas); mágica (por causa do seu egocentrismo e raciocínio transdutivo, eles acreditam que os pensamentos são todos poderosos, o que os coloca numa posição vulnerável de culpa e responsabilidade por pensamentos maus) e incapacidade de preservar (não são capazes de compreender que a quantidade pode permanecer embora mude seu aspeto ou aparência) (Chordas, 2006).

Em termos do desenvolvimento da imagem corporal, a identidade sexual é desenvolvida aos 3 anos de idade. Assim, nesta faixa etária as crianças aprendem as palavras associadas à anatomia e à reprodução. Certas associações entre palavras e as

funções tornam-se significativas e podem influenciar as atitudes sexuais futuras. Diferenças de papéis sexuais tornam-se óbvias às crianças e são evidentes em muitas das brincadeiras de imitação. Atitudes precoces são formadas a partir de comportamentos afetuosos entre adultos. A qualidade dos relacionamentos com os pais é, portanto, importante para a capacitação da criança em relacionamentos emocionais mais tarde na vida (DeLamater e Friedrich, 2002, citado por Chordas, 2006).

A principal tarefa psicossocial deste período é a aquisição do sentido de iniciativa, tendo já à partida superado o sentido de autonomia e ao mesmo tempo, o de dúvida e de vergonha (Caldeira e Veiga, 2013). Na busca desta autonomia, o negativismo e o ritualismo ainda podem estar presentes e conforme tentam expressar as suas vontades, agem geralmente com negativismo, com respostas negativas persistentes aos pedidos. Em contraste com o negativismo, o ritualismo manifesta-se com a necessidade de manter as rotinas e a confiança, proporcionando um sentimento de conforto. Pode-se facilmente compreender que uma mudança pode representar uma ameaça para estas crianças. Daí que, a inexistência de rotinas torna as crianças mais inseguras e, portanto, com menos oportunidades de se tornarem mais autónomas.

Saliente-se, ainda, a importância da consolidação progressiva do ego, que pode ser considerado como razão ou bom senso (Caldeira e Veiga, 2013). Há uma luta com os impulsos do *id*, tenta tolerar a frustração e aprende formas socialmente aceitáveis de interagir com o ambiente. Verifica-se a implementação progressiva do superego ou consciência que, é a incorporação da moral da sociedade e o processo de aculturação (Chordas, 2006). Durante o período pré-escolar espera-se que o processo de individualização-separação esteja concluído. Nesta idade, as crianças vão progressivamente superando a ansiedade associada a estranhos e ao medo da separação. Eles relacionam-se facilmente com pessoas não conhecidas e toleram breves separações dos pais com pouco ou nenhum protesto. Outro aspeto importante reporta-se ao facto de na fase pré-escolar as crianças estarem muito mais sociáveis e dispostas a agradar, interiorizando muito dos padrões e valores da família e da cultura. As crianças em fase pré-escolar tornam-se cada vez mais conscientes da sua posição e papel na família (Wilson, 2006).

No foro comportamental e de adaptação social importa referir que a criança passa a ser capaz de partilhar os brinquedos e é afetiva com crianças pequenas (início da socialização); recorre muito ao jogo do faz de conta; relaciona o seu corpo com o movimento e as suas mudanças; aprende as regras dos jogos coletivos e a autodisciplina, sendo difícil, ainda, saber aguardar pela sua vez; gosta de ajudar o adulto nas tarefas domésticas; início da escala dos valores “mau/bom”; necessita de ordens firmes e estáveis; tem noção de debaixo/dentro, atrás/em cima; sabe o seu nome, sexo e



idade e conhece a quantidade até dois ou três (Wilson, 2006; Pestana [*et. al.*], 2010; Cordeiro, 2012).

No âmbito do desenvolvimento moral, a criança com 3 anos situa-se no nível pré-moral ou pré-convencional (Caldeira e Veiga, 2013). Há pouca preocupação sobre o porquê de algo estar errado. As crianças comportam-se de acordo com a liberdade ou restrição que é imposta às ações. Situam-se na orientação de punição e obediência, ou seja, as crianças julgam se uma ação é boa ou má de acordo com o facto da mesma resultar em recompensa ou punição. Se as crianças não são punidas, a ação é boa, independentemente do significado do ato. Ainda, no campo dos valores refira-se que as crianças "...são como esponjas. Não apenas sob o ponto de vista cognitivo e académico, mas na área emocional e ética. O que fazemos, mostramos e dizemos é sentido pelas crianças de 3 anos como padrões dourados. Principalmente as duas primeiras vias, que correspondem ao modelo e ao exemplo" (Cordeiro, 2012, p.39). Saliente-se que, é entre os 3 e os 5 anos de idade que se formam os conceitos de valores sociais, apreendidos nos diversos espaços que a criança frequenta e com as várias pessoas com quem lidam. É indispensável que os pais definam que escala de valores sociais pretendem que os filhos interiorizem, e que estejam atentos para mostrar práticas certas ou erradas. Embora a sensibilidade social também tenha um componente inato, a informação e a experiência têm um papel decisivo (Cordeiro, 2012).

## **2.2. Desenvolvimento do Comportamento Alimentar da Criança**

Conforme referido, um dos fatores que mais contribui para um crescimento e um desenvolvimento expectável para uma criança de 3 anos de idade, prende-se com uma alimentação adequada. Para isto é necessário um adequado processo de aprendizagem alimentar, para o qual, muito contribui o desenvolvimento social e emocional da criança e a qualidade da relação pais-filhos.

Para além das atitudes e estratégias dos pais no contexto da aprendizagem importa fazer referência que, a aprendizagem na alimentação tem-se baseado no paradigma do condicionamento. Para aumentar as preferências alimentares, recorre-se com frequência à aprendizagem pela exposição repetida, aprendizagem sabor-sabor e à aprendizagem nutriente-sabor. Ramos e Stein (2000) referem que, a familiaridade com os alimentos é o primeiro passo para a criança aprender sobre o gosto dos alimentos e que este mesmo, começa com a exposição repetida ou não aos mesmos. Este processo inicia-se com o desmame e introdução dos alimentos sólidos, a maioria das vezes, acompanhado por sentimentos de *stress* e ansiedade por parte dos pais (Beauchamp e

Mennella, 1994, citados por Aparício, 2010). Neste período, através da ingestão repetida e variada, que lhe permite conhecer diferentes sabores, a criança exercita o seu paladar, aprendendo a gostar e a associar os sabores com a reação afetiva do contexto social e com a própria satisfação fisiológica da alimentação. O efeito/consequência pós-ingestão dos alimentos tem sido considerado como um bom preditor da sua aceitação, quando esta consequência é positiva, ou de aversão quando esta consequência é negativa (Ramos e Stein, 2000). Birch (1992, citado por Aparício, 2010). Num estudo realizado com crianças em idade pré-escolar, verificou-se que os alimentos não podem apenas ser percebidos visualmente ou pelo odor, é necessário provar o alimento, mesmo que em pequenas quantidades, para que ocorra a sua aceitação. Perante um sabor novo, a aceitação do alimento ocorre somente após 12-15 apresentações, o que pode determinar a desistência dos pais, atribuindo a justificação de que a criança não gosta. Contudo, é a exposição repetida que poderá reduzir a neofobia alimentar, tão frequente na idade pré-escolar, e que tem como resultado uma dieta limitada e pouco diversificada (Plinner e Loewen, 1997, citados por Ramos e Stein, 2000).

No que diz respeito à aprendizagem associada ao sabor-sabor, verifica-se haver uma maior aceitação de alimentos desconhecidos quando estes são adocicados. Por outro lado, sabe-se que, associando o sabor preferido com um sabor desconhecido ou menos preferido, aumenta a aceitação do sabor menos preferido pela associação de sabores. Em termos da aprendizagem nutriente-sabor ou caloria-sabor, esta ocorre num padrão similar da aprendizagem sabor-sabor, ou seja, uma substância com mais calorias promove uma consequência fisiológica de saciedade que, associada à sugestão do sabor, aumenta a aceitação do alimento desconhecido. Como se verifica um atraso entre a sensação percebida e a consequência nutricional, os alimentos mais calóricos são os mais aceites, devido à maior saciedade que ocorre após a sua ingestão. Sendo os alimentos ricos em gordura os mais calóricos, os mais palatáveis e com melhor textura, geralmente fazem parte do grupo de alimentos mais consumidos e são, portanto, os mais conhecidos pelas crianças (Ramos e Stein, 2000). Tudo isto justifica a fácil aceitação pela maioria das crianças dos alimentos *fast-food*.

Por outro lado, no âmbito do processo de aprendizagem alimentar é aconselhável o consumo de alimentos de texturas variadas, pois estas favorecem a maturação da fase oral da deglutição. Uma dieta alimentar pouco consistente, adquirida na infância, pode levar à falta de capacidade muscular, fazendo com que a criança tenha preferência por alimentos mais pastosos, criando um ciclo vicioso entre a mastigação deficitária e as alterações produzidas por ela (Cantoni, [et. al.], 2001 citados por Aparício, 2010).

Relacionando o processo de aprendizagem alimentar com as recomendações para uma alimentação equilibrada da criança em idade pré-escolar, é de salientar que,

após o primeiro ano de vida há uma desaceleração fisiológica de crescimento, pelo que é habitual uma diminuição de apetite, com desinteresse pela comida e mesmo pelas refeições. Esta situação é habitualmente vivida com preocupação por parte dos pais e é muitas vezes geradora de conflitos e práticas persuasivas contraproducentes. Esta é, também, uma fase de afirmação e desejo de autonomia por parte da criança, desempenhando a alimentação um papel importante para o treino de novas habilidades e, por vezes, de muitas exigências (Cordeiro, 2012).

Do ponto de vista nutricional, os hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros três anos de vida tendem a ter efeitos duradouros nos anos subsequentes (Cordeiro, 2012). Se a comida é usada como recompensa ou sinal de aprovação, a criança pode comer em demasia por motivos não nutricionais. Como tal, neste período é fundamental procurar obter um equilíbrio entre a energia que a criança consome e a energia que ela gasta, caso contrário haverá acumulação de gordura e consequente aumento de peso, quando esta é fisiologicamente uma fase de desaceleração no crescimento (Aparício, 2010).

Por outro lado, se a comida é forçada e a hora da refeição de permanente conflito, o prazer associado à alimentação pode não se desenvolver. Os momentos de refeição devem ser agradáveis e não momentos para discussões familiares. O método de servir a comida também tem muita importância durante este período. As crianças precisam de ter noção de controlo e conquista das suas capacidades. Oferecer quantidade de alimentos idêntica à dos adultos pode assustá-las. As porções devem ser adequadas à idade da criança. As crianças pequenas tendem a gostar de comida com menos temperos e mais leve, embora se lembre que, isto também é determinado culturalmente.

Tendo em conta o desenvolvimento psicomotor da criança, o ritualismo pode determinar certas práticas alimentares, nomeadamente, as crianças gostam do mesmo prato, copo ou colher em cada vez que comem e muitas das vezes rejeitam a comida simplesmente porque foi servida com outros talheres. A existência de um horário regular para as refeições também ajuda na satisfação dos desejos da criança subjacentes à necessidade de previsibilidade e do ritualismo.

A brincadeira ativa ao mesmo tempo em que se come deve ser desestimulada para evitar, por exemplo, que a criança se engasgue. O apetite e as preferências alimentares, nesta faixa etária, por vezes, são esporádicos. O interesse pela comida anda em associação com as diversas fases de crescimento, de tal forma que, períodos de maior apetite são intercalados com fases de pouca fome. Por outro lado, se a criança é exposta à mesma comida todos os dias, ela não irá apreender diversos estímulos sensoriais necessários a futuras experiências com novos alimentos, nomeadamente, os de mais difícil aceitação como é o caso dos vegetais. Para ajudar a uma maior proatividade

por parte da criança é recomendado apresentar a comida sob diversas formas físicas: a criança necessita de progredir para a ingestão de novos alimentos passo a passo; a comida deve ser visualmente apelativa e deve interagir com ela, cheirá-la, tocá-la e experimentar o seu sabor (Chordas, 2006; Cordeiro, 2012).

Para se manter uma alimentação saudável é importante assegurar a segurança alimentar, a diversidade tendo em conta as necessidades em nutrientes essenciais, a variedade de forma a evitar excessos ou défices em nutrientes e manter a proporcionalidade entre os diferentes grupos de alimentos. Para que as regras sejam cumpridas os pais e todos os adultos com quem a criança contacta, devem servir de modelos para uma alimentação saudável (Candeias [et. al.], 2005).

Tendo em conta que, comportamento gera comportamento, a Direção-Geral da Saúde (Portugal, 2014b) recomenda para um adequado envolvimento da criança no processo de aprendizagem alimentar que se elogie o desempenho em termos de aptidão de competências da mesma; não se use a comida como prémio; se elogie o bom comportamento do filho/a; se incentive a criança a alterar um a dois comportamentos de cada vez; se transformem as horas de refeição em momentos de partilha e de convívio familiar; pelo menos uma refeição por dia deve ser em família, com dispositivos eletrónicos desligados; às refeições se estabeleçam limites e regras, mas com o devido cuidado para não se exercer uma pressão excessiva sobre a criança; se esteja presente nas refeições e nos lanches e se estabeleçam horários para os mesmos; se dê o exemplo e no início de cada refeição (almoço e jantar) se incentive o consumo de sopa.

Ainda no âmbito das práticas alimentares na infância, é de realçar a importância da inter-relação entre hábitos alimentares, manutenção da saúde e desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, uma vez que esta inter-relação é cada vez mais evidente, dado o reconhecimento da influência do padrão alimentar sobre o estado de saúde dos indivíduos (WHO, 2003). Inquéritos realizados em diversos países, relataram ingestão excessiva de calorias durante a primeira infância continuando, muitas crianças, a consumir baixas quantidades de frutas, de vegetais e de micronutrientes essenciais (Aparício 2010; Rito, 2004). Estes comportamentos têm sido apontados como responsáveis pelo incremento da obesidade na idade pré-escolar que, em Portugal, se aproxima dos 30% (Rito, 2011; Duarte, 2011).

Assim, as doenças relacionadas com a alimentação são um problema de Saúde Pública, pois mostram um perfil epidemiológico de extrema desigualdade social, cujas causas e consequências têm sido alvo de análise, de modo a orientar políticas de saúde e nutrição (Aparício, 2010). Neste sentido, têm sido implementados, a nível nacional e europeu, redes e programas focalizados em ambientes específicos, nomeadamente escolas, locais de trabalho e comunidade em geral, orientados para a capacitação

individual e coletiva (*empowerment*), sendo de destacar o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, promovido pela Direção-Geral da Saúde (Portugal, 2012b). Procura-se, desta forma, aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências; modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente, em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos; informar e capacitar para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis; identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores da sociedade e, por fim, melhorar a qualificação e o modo de atuação dos profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar (Graça e Gregório, 2013).

Na relação entre o comportamento alimentar e o aparecimento de algumas doenças crónicas, o índice de massa corporal (IMC) é um fator importante de risco para doenças como a diabetes tipo II, obesidade, doenças cardiovasculares e diversos tipos de cancro (WHO, 2012). Desta forma, o uso do IMC, torna-se imprescindível, surgindo como um método de fácil avaliação, de considerável sensibilidade, sendo o eleito pela Organização Mundial da Saúde para classificar o estado nutricional nas crianças a partir dos 2 anos de idade e para definir o excesso de peso e os diferentes graus de obesidade em idade pediátrica (WHO, 2006).

No que diz respeito à avaliação do IMC em idade pediátrica, a mesma obedece a determinados critérios, uma vez que se verifica que a criança e o adolescente apresentam uma dinâmica particular de crescimento. Por esta razão, o IMC nas crianças tem de ser avaliado usando curvas de crescimento de referência relacionadas com a idade (Portugal, 2005, 2013). Diversos estudos, ao longo dos últimos anos, usaram diferentes curvas para classificar o estado nutricional das crianças (Carmo [et. al.], 2006; Rito, 2011). No entanto, convém referir que, apesar da utilização de diferentes classificações, a literatura revela que as diferenças entre dados de excesso de peso e obesidade apresentados pelas diferentes organizações (Organização Mundial da Saúde, *Centers for Disease Control and Prevention* e *International Obesity TaskForce*), não são suficientemente significativos quando se pretende comparar a magnitude do problema (Pimentel e Franco, 2011).

As curvas de crescimento mais utilizadas, as quais são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde para uso internacional, desde 1977, foram desenvolvidas pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em maio de 2000 e, posteriormente, a OMS, em abril de 2006 e setembro de 2007, publicaram novos gráficos de crescimento para substituir os do NCHS, por considerarem que estes não representavam adequadamente o crescimento

das crianças nos primeiros anos de vida (Pimentel e Franco, 2011; Portugal, 2013). Os gráficos de crescimento do CDC (2000), consistem numa série de curvas de percentis que ilustram a distribuição das medidas corporais de crianças dos Estados Unidos da América (EUA), desde o nascimento até aos 20 anos de idade.

Em Portugal, as novas orientações da Direção-Geral da Saúde, pelo Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2013), adotaram as tabelas de percentis da OMS. Os gráficos de crescimento desenvolvidos pela OMS, para crianças até aos 5 anos de idade, baseiam-se pela primeira vez numa amostra internacional de crianças saudáveis e que foram amamentadas, as quais foram selecionadas para representar um crescimento ótimo, ou seja, descrevem como todas as crianças deveriam crescer e não como as crianças cresceram num determinado tempo e local (WHO, 2006).

As orientações da OMS (WHO, 2006) consideram:

- Baixo peso/Magreza – quando o ponto de corte de IMC/idade  $< z\text{-score} -2$ , que corresponde a valores inferiores ao percentil 3;
- Peso adequado/ Eutrofia – ponto de corte de IMC/idade  $\geq z\text{-score} -2$  e  $< z\text{-score} +1$ , para valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 3 e inferiores ao percentil 85;
- Pré – Obesidade/Sobrepeso - quando o ponto de corte de IMC/idade  $\geq z\text{-score} +1$  e  $< z\text{-score} +2$ , que corresponde a valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 97;
- Obesidade – quando o ponto de corte de IMC/idade  $\geq z\text{-score} +2$  e  $\leq z\text{-score} +3$ , que corresponde a valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 97 e inferiores ou iguais a 99.9;
- Obesidade grave - quando o ponto de corte de IMC/idade  $> z\text{-score} +3$ , que corresponde a valores de IMC superiores ao percentil 99.9;

Nos adultos, seguindo a escala da World Health Organization (WHO, 2000), pelos valores de IMC classifica-se o estado nutricional da mãe do seguinte modo:

- Peso abaixo do normal – para valores de IMC  $< 18,5$ ;
- Peso normal – para valores de IMC entre os 18,5 e 24,9;
- Pré- obesidade – para valores de IMC entre os 25 e os 29,9;
- Obesidade – para valores de IMC  $\geq 30$ .

No âmbito das doenças relacionadas com a alimentação, especificamente em idade pediátrica, importa referir a obesidade infantil. Ao longo das últimas décadas a prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado significativamente e são evidentes as graves consequências para a saúde. Globalmente, estima-se que 170 milhões de crianças (com idade inferior a 18 anos) apresentam excesso de peso, sendo que a maior

prevalência de excesso de peso na infância é em países desenvolvidos, em detrimento dos países menos desenvolvidos (WHO, 2012). Nos últimos anos verificou-se um aumento da prevalência da obesidade à escala global e particularmente nos países Europeus sendo que, em 2008, mais de 1,4 bilhão de adultos com idade superior a 20 anos apresentavam excesso de peso. Dados desse ano revelaram que 35% dos adultos com idades entre 20 e mais anos estavam acima do peso, e 11% eram obesos; 65% da população mundial vive em países onde o excesso de peso e obesidade mata mais pessoas do que abaixo do peso. A OMS prevê que as taxas continuem a aumentar e que em 2015, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos em todo o mundo terão excesso ponderal e, destes, 700 milhões serão obesos (WHO, 2014a).

Em Portugal, uma pesquisa sobre o perfil ponderal, com dados recolhidos entre 1995-1998 e 2003-2005, revelou que a prevalência de excesso de peso na população adulta aumentou de 49,6% para 52,4% (Carmo [et. al.], 2006).

Considerando as idades mais jovens, em 2012, mais de 40 milhões de crianças menores de 5 anos estavam com sobrepeso ou obesidade (WHO, 2014a).

Resultados apresentados pelo *National Health and Nutrition Examination Survey*, nos Estados Unidos, revelaram que a prevalência de obesidade em crianças dos 2 aos 5 anos de idade diminuiu, de 13,9% em 2003-2004 para 8,4%, em 2011-2012. Referem ainda que, a obesidade afetava 17,7% das crianças dos 6 aos 11 anos e 20,5% dos 12 aos 19 anos (CDC, 2012a).

Na Europa, foram encontradas taxas de prevalência de excesso ponderal entre 10,6% na República Checa e Chipre e 30% na Polónia, em crianças com 2 anos de idade. Em crianças com 3 anos a taxa de prevalência de excesso de peso entre 7% na Bélgica e 23,8% na Grécia. Em crianças com 4 anos de idade, prevalências de 11,8% na Roménia e 32,3% em Espanha (Cattaneo [et. al.], 2009).

Num estudo de revisão Moreira [et. al.] (2007), identificou quinze trabalhos de pesquisa que reportam pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 2 e os 15 anos, encontrando prevalências de excesso ponderal acima dos 30%. Em crianças entre 3 e 5 anos de idade, verificou-se que o sobrepeso atingiu 13,6% nos rapazes e 20,4% nas raparigas e a obesidade foi de 6,5% e 6,9%, respetivamente. Entre os 6 e 10 anos de idade (usando a definição da *International Obesity TaskForce*), em crianças do sexo masculino, a prevalência de excesso de peso variou entre 14,7-30,5% e obesidade entre 5,3-13,2%; nas crianças do sexo feminino, os valores de excesso de peso variaram entre 16,5-29,1% e obesidade entre 6,4-12,6%.

Num estudo que tinha como objetivo avaliar a evolução de pré-obesidade e obesidade em crianças pré-escolares e escolares da cidade de Coimbra, inseridas num

programa de educação para a saúde, Lopes e Rito (2009), verificaram um aumento da prevalência de excesso de peso de 12,2% em 2005 para 19,5% em 2008.

O Estudo de Prevalência da Obesidade Infantil e dos Adolescentes em Portugal Continental - EPObIA (Portugal, 2009), que avaliou uma amostra representativa de crianças e adolescentes, revelou uma prevalência de excesso ponderal de 35,5% em crianças dos 2 aos 5 anos de idade (23,2% com pré-obesidade e 12,3% com obesidade) e de 33,9% em adolescentes dos 11 aos 15 anos (19,9% com pré-obesidade e 14% com obesidade).

O Projeto *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010* da Organização Mundial da Saúde /Europa, desenvolvido em Portugal, tal como em mais 16 países da Europa, permitiu o desenvolvimento e criação de uma rede de informação a nível europeu para a vigilância nutricional infantil dos 6 aos 8 anos. Sendo um estudo representativo da população infantil portuguesa, foi lançado o alerta para a Saúde Pública que apesar da ligeira diminuição na prevalência de excesso peso e obesidade (32,2% de 2008 para 30,3% em 2010), estes são valores preocupantes, aliados ao ligeiro aumento na prevalência de baixo peso (2,1% de 2008 para 2,6% em 2010) (Rito, 2012). Segundo este estudo, a região Norte, seguida da região Centro apresentam-se com a maior prevalência de excesso de peso e obesidade.

Mais recentemente, através do Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil (EPACI) Portugal 2012 (Rêgo, 2013), verificou-se que o excesso de peso afeta um terço as crianças entre um e três anos de idade e que 6,5% têm obesidade nesta faixa etária. Este estudo apresenta, ainda, dados de sobrepeso e obesidade claramente diferenciados na região do país, utilizando os critérios de classificação de peso da OMS, sendo os dados de sobrepeso e obesidade em crianças com 1 ano até aos 3 anos de idade, mais elevados na região Norte do país. Os dados nacionais colocam a região Norte do país nos primeiros lugares de prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças, como também documentado pelo relatório do COSI Portugal 2010 (para crianças dos 6 aos 8 anos, Rito [et.al.], 2011). Neste seguimento, resultados obtidos no Norte, fornecidos pela Unidade de Saúde Pública (USP), do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Cávado III, revelam que, aproximadamente uma em cada três crianças (34%) do concelho de Barcelos têm excesso peso e obesidade superando o índice nacional, estimado em 30% (Pimentel e Franco, 2011), com prevalência ligeiramente superior nas raparigas, não se registando diferenças entre aldeia/cidade. Os dados baseiam-se em exames de saúde globais periódicos realizados nas unidades de Saúde e recolhidos pela USP de Barcelos nas coortes dos 6 e 13 anos, relativos ao ano 2012.

Em 2006, a WHO (2009) estimou que 9,5 milhões de crianças morreram antes do quinto aniversário, e dois terços dessas mortes ocorreram no primeiro ano de vida. Neste



âmbito importa salientar que a subnutrição contribui em pelo menos 35% de mortes, sendo também esta uma das principais causas que impede, que as crianças que sobrevivem alcancem seu pleno desenvolvimento. Estima-se ainda que o aleitamento não exclusivo, especialmente nos primeiros 6 meses de vida, resulta em 1,4 milhões de mortes e 10% da carga de doenças em crianças menores de 5 anos.

Este panorama alerta-nos para a contínua necessidade de se vigiar o estado nutricional das crianças, não só no que se refere ao sobrepeso, mas também a nível da subnutrição, como foco principal para as tomadas de decisão em Saúde Pública tendo em consideração o atual contexto social e económico. Práticas de alimentação infantil e da criança estão entre as intervenções mais eficazes para melhorar a saúde da criança, havendo claramente uma relação causa efeito entre os comportamentos do período perinatal e infância e a morbilidade na vida adulta (Maffeis, 2013).

Perante o cenário acima exposto, sabendo-se que 40% das crianças obesas serão adultos com excesso de peso e que a obesidade na criança tem frequentemente origem no excesso de peso dos pais, emerge uma problemática, que poderá conduzir, considerando-se as previsões, a um efeito mais catastrófico (Maffeis, 2013).

O conhecimento da prevalência de excesso de peso é fundamental para identificar populações em risco de obesidade e suas consequências para a saúde, bem como as consequências socioeconómicas associadas, por forma a se desenvolverem políticas de saúde apropriadas e monitorizar a efetividade de programas nacionais para o controlo da obesidade (WHO, 2000).

A revisão da literatura permitiu verificar que nos vários estudos no âmbito do estado nutricional na infância são utilizados conceitos que, nem sempre se apresentam com o mesmo significado, pois dependem dos intervalos de percentis que são definidos para a classificação ponderal das crianças, o que pode limitar a compreensão dos resultados e a utilização dos mesmos noutros contextos.

Embora a genética possa desempenhar um papel importante na ocorrência de obesidade, a rapidez com que esta tem aumentado leva-nos a concluir que a sua prevalência parece estar mais relacionada com fatores ambientais, tais como hábitos alimentares pouco saudáveis e o sedentarismo (Travé, 2006), assim como, com as condições socioeconómicas e o ambiente familiar em que as crianças se encontram inseridas (Serra-Majem [*et. al.*], 2002).

Fatores como a grande modificação na distribuição dos setores de ocupação, com a redução do trabalho agrícola e o aumento das atividades sociais e de comércio, a crescente urbanização, com diminuição do esforço com o trabalho doméstico pelo uso de equipamentos para execução das tarefas mais árduas, o uso da televisão como principal meio de lazer; o uso de automóvel para as deslocações, aumento do consumo de

alimentos ricos em gorduras, a substituição de alimentos confeccionados no ambiente doméstico por *fast food*, que no cômputo geral, são portadores de uma maior densidade energética; a sistemática publicidade que apela ao consumo de alimentos com elevada densidade energética; o maior número de pais solteiros e de mães a trabalhar fora de casa; entre outros fatores, conduziram a uma diminuição do tempo para a preparação das refeições, recorrendo-se com mais frequência às refeições rápidas, frequentemente ricas em gordura, sal e açúcares; ao exercício de atividades com menor esforço físico e, portanto, a estilos de vida cada vez mais sedentários. Pode-se concluir que, de igual modo como nos outros países, os portugueses são cada vez mais poupados de esforço físico, pelas facilidades tecnológicas que dispõem e os ambientes familiares inativos criam crianças pouco ativas (Rito, 2004).

Desta forma, as alterações no estilo de vida e na estrutura familiar ocorridas nas últimas décadas assumem uma importante relevância na origem da obesidade infantil em idade pediátrica, desregulando os mecanismos biológicos no sentido da manutenção do peso saudável (Jacoby, 2003).

Saliente-se, ainda, que segundo Dietz (1995, citado por Rodrigues, 2011), um dos comportamentos mais associados com o excesso de peso e obesidade, diz respeito ao número de horas que as crianças e adolescentes veem televisão, não só pelo facto de não requerer atividade física, mas também aos comportamentos adotados, pois a ingestão alimentar tende a aumentar substancialmente. Por outro lado, Gomes [et. al.] (2010), referem que o sedentarismo é cada vez mais constante em idade pediátrica, salientando que o tempo médio despendido cumulativamente a assistir televisão e a jogar computador é cerca de duas horas por dia nas crianças com excesso de peso, contrastando com as duas horas semanais médias de exercício físico nas crianças que o praticam. Atividades de lazer que incluem a televisão e o computador, vieram substituir os jogos recreativos ao ar livre que promoviam a socialização e o brincar de forma mais ativa. Antigamente o percurso até à escola era feito a pé, a caminhar, hoje, pela insegurança que as famílias sentem, acaba-se por levar as crianças de automóvel ou de transportes públicos.

No seguimento destas mudanças, Vasquez [et. al.] (2012), concluíram que, são as crianças do sexo masculino que despendem mais tempo a assistir televisão e a jogar videojogos, sobretudo ao fim de semana, e que o número de horas despendidas tem tendência a aumentar com a idade. Simultaneamente, concluíram que o meio de transporte mais utilizado na ida para a escola é o carro e que as crianças mais novas vão menos a pé para a escola do que as crianças mais velhas.

Nogueira (2012) refere que o estatuto socioeconómico parece estar inversamente relacionado com a obesidade. Analisando os valores de excesso de peso/obesidade das

crianças em função do nível de escolaridade dos pais, verificou-se a influência do gradiente social: à medida que aumenta a escolaridade dos pais, diminui a proporção de crianças com excesso de peso e obesidade. Considerando o nível de escolaridade da mãe, o gradiente é linear e o rácio entre classes extremas é de 1,46 (33,9% de prevalência de excesso de peso nas crianças com mães de mais baixa escolaridade versus 23,2% naquelas cujas mães apresentam o mais alto nível de escolaridade). Considerando a escolaridade do pai, o rácio atinge 1,74 (34,8% de prevalência em crianças de baixo estatuto socioeconómico contra 20% nas do grupo mais elevado).

Salienta-se que, uma percepção parental negativa do ambiente construído, nomeadamente, em relação ao desenho urbano, assim como uma percepção negativa do ambiente social e da segurança do local onde se vive, associa-se também a uma maior prevalência de obesidade nas crianças do sexo feminino (Nogueira, 2012). Estes resultados, concluem que a provisão de infraestruturas de suporte ao transporte ativo, a disponibilidade de equipamentos recreativos gratuitos ou de baixo custo, a existência de destinos e coisas interessantes para ver a uma distância possível de percorrer a pé, são algumas das características físicas locais que influenciam a atividade física das crianças e que também devem ser tidos em conta na análise da problemática da obesidade em idade pediátrica.

Outro aspeto a ter em consideração relaciona-se com a literacia em saúde e neste âmbito, importa referir que se assiste a um aumento dos conhecimentos no que diz respeito a hábitos de vida saudável. Contudo, isso nem sempre se faz acompanhar por uma mudança efetiva de comportamento. Talvez uma explicação para tal se relacione com o resultado obtido por Gomes [*et. al.*] (2010), em que uma elevada taxa de obesidade parental se associou à ausência de percepção sobre o estado nutricional das crianças, o que segundo os autores do estudo poderá contribuir para a baixa adesão a estratégias preventivas. Este dado demonstra que a obesidade ainda não é reconhecida pela maioria das famílias e pode ser uma explicação para a dificuldade em implementar uma sensibilização efetiva para esta questão.

De facto, o interesse na área da obesidade em idade pediátrica tem vindo a desenvolver algumas informações importantes, considerando-a um dos principais problemas de Saúde Pública e dos desafios atuais (Guerra, 2012). A raiz do problema relaciona-se com a rápida transição social e económica, acompanhando a transição epidemiológica e nutricional. Como tal, o peso ambiental tem sido considerado como o maior responsável pelo desequilíbrio energético onde se assiste a uma dramática redução da atividade física com mudanças nos padrões alimentares (Rito, 2011).

Perante este cenário, a nutrição infantil deve ser um elemento central das políticas e orçamentos nacionais, sendo necessário proporcionar mais recursos às famílias,

nomeadamente, orientações no que diz respeito ao adequado desempenho do papel parental no âmbito da nutrição infantil.

### **2.3. O Comportamento Alimentar na Infância e o Papel Parental**

Os primeiros anos de vida fornecem uma janela de oportunidade para assegurar um crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Para tal, importa ter em consideração os determinantes do comportamento alimentar na infância. O comportamento alimentar é entendido como um ato de ingestão, associado a aspetos qualitativos no que concerne à seleção e decisão, relativamente ao consumo dos alimentos (Moreira, 2001, citado por Viana, 2002). Geralmente, os comportamentos alimentares são adquiridos através da experiência direta com a comida, da imitação de modelos, da disponibilidade de alimento, do estatuto social, do simbolismo afetivo e das tradições culturais (Dominguez-Vásquez, Olivares e Santos, 2008). Assim, o comportamento alimentar tem sido conceptualizado em função do ambiente onde família e sociedade influenciam os padrões alimentares dos mais novos, sendo responsáveis pelo aparecimento do excesso de peso/obesidade e outros distúrbios alimentares, que uma vez instalados, tendem a permanecer ao longo de toda a vida.

Estudos referidos por Duarte (2011), consideram que as preferências e atitudes face à alimentação se desenvolvem, sobretudo, nos primeiros seis anos de idade, constituindo-se uma fase favorável, do ponto de vista biológico e da aprendizagem de comportamentos, para a “instalação” da obesidade.

Intimamente relacionado com o comportamento alimentar surge o estilo alimentar que resulta dos aspetos genéticos e dos componentes aprendidos no ambiente familiar. Desta forma, os padrões culturais, bem como fatores sociais têm uma influência decisiva no desenvolvimento dos comportamentos alimentares (Arvedson e Brodsky, 2002, citados por Rega, 2012). Assim, os determinantes do peso da criança podem ser classificados de internos/biológicos, sendo aqueles que isolados ou associados desencadeiam a obesidade, ou de externos/ambientais, dos quais fazem parte os que são influenciados pelo ambiente em que o indivíduo vive (Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008). Neste âmbito, refira-se que o período intrauterino tem sido encarado como um período janela, durante o qual alterações nutricionais e ou hormonais podem interferir na diferenciação do hipotálamo posterior o que sugere ter um papel essencial no funcionamento neuro-endócrino, no metabolismo energético e no controlo posterior do apetite (Dietz, 1997, citado por Costa, 2012).

Vários investigadores têm efetuado estudos acerca das implicações da obesidade ou desnutrição materna durante a gravidez, no peso ao nascer do neonato e da diabetes materna, concluindo que estes desempenham importantes fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios metabólicos na infância, nomeadamente na obesidade futura.

Outras investigações têm sido realizadas com o objetivo de verificar se a presença de obesidade dos progenitores influenciam a obesidade da criança. Os resultados sugeriram que a obesidade dos pais seria um importante preditor na obesidade da criança (Aparício Costa, 2012). A atividade comportamental depende inicialmente, da estrutura genética, determinada pela herança genética, no entanto essa estrutura biológica vai-se modificando mediante a aprendizagem. Aprendizagem que resulta de respostas sucessivas a estímulos diversos dos pais como modelos para a criança. Os estímulos originam mudanças de comportamentos conforme as respostas que provocam. Os pais fornecem novos estímulos que modificam ou reforçam a conduta (Papalia, Olds e Feldman, 2009).

De acordo com Viana [et. al.] (2009), os pais influenciam o estilo alimentar dos filhos através do seu próprio comportamento, das escolhas alimentares que servem de modelo e através das atitudes face à alimentação dos filhos. De acordo com estes autores, o comportamento alimentar que cada um desenvolve e que define as características da ingestão, é em grande parte aprendido. Viana (2002), refere que o padrão de ingestão traduz o estilo alimentar, que implica diferentes graus na capacidade de autorregulação da ingestão e controlo sobre o tamanho, duração e frequência das refeições.

A aprendizagem do estilo alimentar encontra-se, também, dependente da oportunidade da criança para se relacionar com os alimentos de acordo com respostas internas associadas à fome e à saciedade (Johannsen, Johannsen e Specker, 2006; Viana [et. al.], 2009). Viana, Sinde e Saxton (2011), realizaram um estudo com 240 crianças portuguesas com idades entre os 3 e os 13 anos, cujo objetivo era examinar a associação entre os resultados do Comportamento Alimentar da Criança e o IMC. Estes autores concluíram que crianças com excesso de peso e obesidade apresentavam fracas respostas em relação à saciedade e respostas mais fortes face ao apetite, quando comparadas com crianças com peso normal. Respostas mais fracas face à saciedade tornam assim a criança menos capaz de regular o seu consumo alimentar, aumentando o risco de ganho de peso excessivo (Viana [et. al.], 2009; Viana, Santos e Guimarães, 2008).

A seleção dos alimentos tem a ver com preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, com atitudes aprendidas desde muito cedo na família, e outros fatores psicológicos e sociais (Viana, 2002).

De acordo com Glanz, [et. al.] (1998, citados por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008), mais do que o conhecimento dos benefícios para a saúde, as escolhas alimentares dependem do paladar dos alimentos, da facilidade na sua preparação, do preço, do aspeto, da publicidade e da influência dos amigos. Brown e Ogden (2004), referem que as escolhas alimentares também dependem da disponibilidade e acesso aos alimentos. Segundo estes autores os pais tendem a ter em casa alimentos que eles próprios gostam de consumir e se existirem em casa alimentos pouco saudáveis as crianças tenderão a incluí-los na sua dieta, deixando de dar preferência a alimentos mais saudáveis.

As principais barreiras e entraves a uma alimentação saudável parecem ser a falta de tempo para preparar os alimentos, a falta de vontade, o preço e o desejo de continuar a consumir os alimentos preferidos (Viana, 2002).

Segundo Nelson, Carpenter e Chiasson (2006), o aumento de peso coincidiu em larga medida com mudanças nos padrões de dieta, nomeadamente, aumento do consumo de alimentos pouco saudáveis. Viana (2002), refere o aumento considerável do consumo de gorduras e açúcares em diversos países, mesmo nas regiões mais pobres. De acordo, com Cordeiro (2012), uma alimentação saudável passaria por reduzir a ingestão de gorduras e açúcares, e aumentar o consumo de alimentos que contenham fibras, incluindo frutas e vegetais. Desta forma, o aumento do consumo de frutas e vegetais será uma prática promotora da qualidade da alimentação das crianças (Portugal, 2014b). No entanto, cada vez mais se verificam alterações dos hábitos alimentares, que levam ao ganho de peso devido a uma alimentação pouco saudável.

Associadas aos modelos comportamentais que explicam o modo porque comemos, o que comemos e a forma como as emoções afetam a ingestão alimentar, surgem as dimensões para avaliar o estilo alimentar, nomeadamente, a ingestão emocional, a ingestão externa e a restrição alimentar (Viana [et. al.], 2009). As atitudes e comportamentos dos pais em relação à alimentação dos filhos interferem na relação dos mesmos com os alimentos e com as refeições e, portanto, influenciando o seu estilo alimentar (Birch e Fisher, 1995).

Estudos de Viana e Sinde (2003), utilizando o *Child Eating Behaviour Questionnaire* - Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ), avaliaram o comportamento alimentar ou estilo alimentar das crianças e jovens, dos 3 aos 13 anos, traduzindo e validando o questionário para a população portuguesa. Segundo os autores, entende-se por comportamento alimentar as atitudes e fatores psicossociais na base da

seleção e decisão de quais os alimentos a ingerir, sendo o estilo alimentar a categorização do comportamento alimentar de acordo com algumas dimensões psicológicas (Viana, Sinde e Saxton, 2011). Como resultados da análise das dimensões, destacaram a dimensão *Resposta à Comida*, que avalia o interesse pela comida, referindo-se à influência dos atributos externos dos alimentos, ou de fatores de índole social, no que concerne ao apetite e ingestão, e que é uma característica determinante do comportamento alimentar das crianças e adolescentes obesos. Num outro domínio do CEBQ, no que respeita à dimensão *Prazer em Comer* cujas características reavaliam o interesse pela comida, também estão relacionadas com as características do comportamento alimentar das crianças e adolescentes obesos, pois os mesmos possuem um interesse e uma forma de ingestão de alimentos mais exacerbado que crianças e adolescentes não obesos (Carnell e Wardle, 2008). Ainda no seguimento do CEBQ, outra dimensão característica do comportamento alimentar da criança e adolescente obeso, refere-se à *Sobre-Ingestão Emocional e Desejo de Beber*, no sentido que é esperado que os obesos aumentem a sua ingestão alimentar, face a fatores de origem stressora e consumam um maior número de bebidas açucaradas, em praticamente todos os contextos ou situações (Viana e Sinde, 2003). Por sua vez a dimensão *Resposta à Saciedade*, que determina e avalia a competência do não controlo da ingestão alimentar ou seja, o estabelecer de uma regra aquando da vontade de comer, como forma de contrapesar a refeição anterior, sendo uma característica inexistente nas crianças ou adolescentes obesos (Carnell e Wardle, 2008). Existem alguns estudos que afirmam que a inexistência de uma adequada resposta à saciedade por parte do obeso é característica da criança ou adolescente como uma causa comportamental, no surgimento da obesidade na infância e adolescência (Carper, Fisher e Birch, 2000, citados por Viana e Sinde, 2008). Ainda em estudos relacionados com o CEBQ a dimensão *Seletividade* refere-se à falta de apetite e preferência por uma panóplia muito limitada de alimentos, não sendo detentora de características do comportamento alimentar das crianças e adolescente obesos, estando mais associada às características das crianças e adolescentes não obesos, e até mesmo a perturbações alimentares na infância e adolescência (Viana e Sinde e Saxton, 2011).

Em suma, os hábitos alimentares saudáveis devem ser desenvolvidos desde cedo, uma vez que mudanças no estilo de vida são difíceis de conseguir, principalmente mudanças ao nível dos hábitos alimentares, e mais difícil ainda será manter mudanças, que entretanto consigam ser realizadas. O desenvolvimento dos hábitos alimentares depende da história pessoal e familiar, e do envolvimento cultural (Viana, 2002). No entanto, também as aprendizagens e experiências com os alimentos no contexto familiar são determinantes do comportamento e hábitos alimentares das crianças e adolescentes

(Johannsen, Johannsen, e Specker, 2006; Viana [et. al.], 2009). Por isso, o controle parental parece ser um importante fator de influência nos hábitos alimentares das crianças, isto porque, a infância é um período fundamental para a aquisição de hábitos e padrões alimentares adequados.

A família, e em especial os pais, na sua função de agente de socialização primária e como responsável pela alimentação, assume-se como a principal influência no comportamento alimentar da criança, assumindo um papel preponderante no desenvolvimento de atitudes, transmissão de conhecimentos, práticas e preferências alimentares que irão condicionar os seus hábitos (Moreira e Peres, 1996 citados por Duarte, 2011). Lages (2013) aponta que, tendo em conta que os hábitos alimentares são maioritariamente estabelecidos nos primeiros anos de vida, a educação alimentar não começa na escola, mas sim no seio familiar.

O principal foco de intervenção dos pais durante os primeiros anos de vida da criança é, em geral, a alimentação, iniciando-se com a amamentação (Ramos e Stein, 2000). Os pais desempenham, desta forma, uma influência de importância crucial no desenvolvimento dos hábitos alimentares da criança, influência que resulta de um processo de modelagem (Bandura, 1977). Brown e Ogden (2004) reiteram a influência da modelagem parental na alimentação infantil, mencionando que a ingestão alimentar das crianças depende do tipo de alimentos consumidos pelos pais.

Desta forma, as escolhas da família para a alimentação em casa influenciam as escolhas da própria criança e determinam os seus hábitos alimentares e, conseqüentemente, o seu crescimento e desenvolvimento, sendo que a exposição aos alimentos consumidos pelos pais é um fator importante para a aceitação dos alimentos e para o desenvolvimento da preferência alimentar (Birch e Fisher, 1995).

Uma vez que o comportamento alimentar dos pais influencia o comportamento alimentar das crianças, deve-se ter em consideração os modelos que têm vindo a ser desenvolvidos na tentativa de contribuir para uma maior compreensão do comportamento alimentar e da escolha de alimentos. Esta é definida por Hamilton, McIlveen e Strugnell (2000, citados por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008) como um conjunto de decisões conscientes e inconscientes tomadas por uma pessoa no momento da compra, no momento do consumo ou em algum momento entre estes dois. Assim, a abordagem dos comportamentos alimentares deve considerar uma visão integradora, que contemple os aspetos desenvolvimentais, cognitivos, sociais, ambientais e psicofisiológicos.

Ogden (2011), partindo do modelo desenvolvimental e dos modelos cognitivos da escolha de alimentos refere, que a aprendizagem e a experiência são fundamentais no desenvolvimento das preferências alimentares. Assim, deve-se ter em conta a exposição, a aprendizagem social e a aprendizagem por associação. Neste sentido, a investigação



tem revelado que a simples exposição da pessoa a alimentos novos pode alterar as preferências e que existe uma relação direta entre a exposição aos alimentos e as preferências alimentares, o que significa que quanto mais frequente for a exposição, maior será a preferência.

No âmbito da aprendizagem social saliente-se que, o tipo de transição para a alimentação do adulto vivenciada pelos pais (transição altamente influenciada pela cultura) influencia decisivamente a informação que atualmente dispõe sobre o significado dos alimentos e do ato de comer (Brown e Ogden, 2004). Também, o impacto dos meios de comunicação social, deve ser tido em conta na influência que exerce sobre o que os pais comem e o que estes pensam sobre os alimentos.

Em termos da aprendizagem associativa, a atenção positiva de um adulto associada a um alimento, aumenta a preferência por este. Um outro aspeto relevante é a relação entre o consumo de alimentos e as suas consequências fisiológicas, sendo que tende-se a evitar ingerir alimentos quando, após a sua ingestão anterior ocorreram consequências gastrointestinais desagradáveis (Ogden, 2011).

Em termos da escolha alimentar e da influência do papel das cognições na predição e explicação do comportamento alimentar, as atitudes têm revelado ser boas preditoras da adoção de uma alimentação saudável e a perceção de controlo, de capacidade de execução e de autoeficácia influenciam a predição do comportamento, particularmente no que respeita à perda de peso e à alimentação saudável. No entanto, a perceção de que grupos sociais possam ter hábitos alimentares específicos é fraca preditora do comportamento alimentar. Quando a pessoa se sente ambivalente em relação a um alimento, isso torna mais difícil que a atitude geral em relação a esse alimento se traduza numa intenção de o ingerir (Ogden, 2011; Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008).

Considerando o descrito, as escolhas alimentares dos adultos são determinadas por variáveis tão diversas quanto a história pessoal e familiar, a cultura, o paladar, o preço, o aspeto, a facilidade em preparar os alimentos e a publicidade. Também, o contexto social e a cultura revelam ser determinantes na seleção do tipo de alimentos e quantidades ingeridas; que a insatisfação com a imagem corporal tem sido analisada enquanto fator que pode desempenhar um papel relevante na motivação pessoal para adotar determinado tipo de comportamentos alimentares e que a capacidade de autorregulação constitui outro importante determinante do comportamento alimentar (Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008).

As escolhas alimentares dos pais são uma das componentes do papel parental, nomeadamente, ao nível do conhecimento e aprendizagem de habilidades em termos alimentares. A execução do papel parental pressupõe intervenções ao nível da promoção

da saúde e bem-estar da criança, notando-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e/ou sociais. Na versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.66) o papel parental é assumido como:

“interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”.

A ação do papel parental envolve consequentemente a parentalidade, a vinculação, a adaptação à parentalidade e educação da criança (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). Por isso, as práticas, no âmbito alimentar, surgem em resposta aos diversos contextos pelo que podem diferir entre as crianças da mesma família em função da idade, sexo, comportamento alimentar e estado ponderal da criança (Ventura e Birch, 2008).

Analisando as atitudes e estratégias dos pais, Ramos e Stein (2000), através de um artigo de revisão, alertam para o tipo de interação que se estabelece entre pais e filhos no momento da refeição familiar considerando os seguintes aspetos: as crianças com sobrepeso tendem a comer mais em comparação com as de peso normal; relacionando o peso dos pais e o comportamento alimentar da criança, foi constatada uma correlação positiva somente entre o peso das mães e o comportamento de comer da criança; quanto mais a criança tem medo de experimentar novos alimentos, mais frequentemente, os pais permitem à criança decidir quanto ela quer comer e adiam as refeições para facilitar o consumo; as frequentes verbalizações para facilitar a ingestão de alimentos, ao contrário do esperado, favorecem comportamentos de oposição por parte da criança; à medida que uma criança é pressionada a comer um determinado alimento (mesmo existindo determinada recompensa), diminui a sua preferência por esse alimento ou sabor.

Por outro lado, as mães induzem mais as crianças a comer do que os pais, o que pode ser descrito através do “encorajamento para comer”, “apresentar alimentos” e “oferecer alimentos” (Klesges [et. al.], 1983). Estas últimas categorias envolvem uma indução leve para comer, enquanto a categoria “encorajamento para comer”, que sugere estratégias em que os pais comandam e dirigem o consumo de alimentos da criança, sendo um preditor do peso da criança de tal forma que, conforme os mesmos autores, as crianças que se encontravam com peso normal não receberam

nenhum encorajamento para comer ou oferta de alimentos, enquanto as crianças com sobrepeso, receberam de forma sistemática encorajamentos para comer ou oferta de alimentos.

Portanto, as estratégias utilizadas pelos pais na alimentação da criança têm impacto no peso das mesmas, nomeadamente, porque podem alterar o grau de controlo interno da criança para a fome e a saciedade. Pais que pressionam externamente o comportamento alimentar da criança podem impedir o desenvolvimento de um autocontrolo mais adequado. Como resultado, a criança pode vir a depender da sugestão externa para iniciar, manter e terminar a sua refeição.

As práticas alimentares parentais incluem comportamentos como a restrição, a pressão para comer e o controlo discreto. A restrição envolve a exclusão dos alimentos considerados como menos saudáveis e a redução da quantidade ingerida pelos filhos. Por sua vez, a pressão para comer, associa-se à imposição da ingestão de alimentos mais saudáveis. O controlo discreto implica a atenção aos hábitos alimentares e inclui atitudes subtis de controlo, tais como: não comprar alimentos menos saudáveis e agir como modelo, promovendo refeições saudáveis (Viana [et. al.], 2009).

No que diz respeito a estes três tipos de práticas alimentares parentais importa salientar que demasiado controlo da alimentação das crianças (estilo parental mais autoritário), parece prejudicar a capacidade da criança em regular a ingestão calórica. Assim, um controlo exagerado estará associado a maior ingestão, maior preferência por alimentos de elevada palatabilidade (alimentos com teores consideráveis de açúcar e gordura), maior frequência da prática de dietas restritivas, maior prevalência de perturbações alimentares (anorexia nervosa, bulimia, e síndromes de ingestão compulsiva, por exemplo), e associa-se, mesmo, à obesidade. Portanto, a excessiva pressão para comer, pode levar a que a criança deixe de usar a sua própria saciedade para terminar o episódio de ingestão, passando os mecanismos de regulação da ingestão a focalizar-se em causas externas como a quantidade de comida no prato e as emoções (Viana [et. al.], 2009). Desta forma, Ventura e Birch (2008) referem que um controlo mais discreto está associado a um consumo mais elevado de frutos e vegetais por parte das crianças, enquanto um controlo mais firme, associado uma maior pressão, conduz a uma tendência para a ingestão elevada de lanches pouco saudáveis, a mais neofobia alimentar, a baixo peso e a um número elevado de episódios de ingestão entre refeições.

Além dos efeitos das práticas parentais no peso das crianças, se os pais não reconhecerem que as suas crianças apresentam excesso de peso ou obesidade, eles não intervêm no sentido de diminuição dos fatores de risco da obesidade pediátrica e das

complicações associadas. Neste sentido, a percepção dos pais sobre a imagem corporal dos seus filhos e do seu estado nutricional tem sido estudada e analisada, por se considerar que uma percepção alterada ou o não reconhecimento pelos pais do peso excessivo dos filhos pode condicionar a adoção de medidas preventivas ou de tratamento perante essa situação. Num estudo de Hackie e Bowles (2007, citados por Aparício [et. al.], 2011), que analisaram a percepção de um grupo de mães Espanholas, com filhos entre os 2 e os 5 anos com obesidade, apurou-se que 61% das mães não percecionavam os seus filhos como tendo esse problema, sendo essa percepção independente da idade e nível académico materno. Metade das mães referiu que não tomava medidas para controlar o apetite da criança. As investigadoras concluíram que as intervenções dos técnicos têm pouca probabilidade de ser efetivas, se estes não assumirem esta alteração da percepção materna, tendo as intervenções de integrar as crenças e culturas familiares, se quiserem ser mais eficazes.

Outro aspeto a considerar é a identificação da pessoa de referência no processo de aprendizagem alimentar da criança. A mãe é ainda a pessoa de referência para as crianças no que diz respeito à alimentação. A maioria dos estudos de práticas parentais, centralizam-se na figura materna, uma vez que as mães, comparativamente aos pais, passam mais tempo em interação direta com as crianças nas situações familiares, incluindo os momentos da refeição (Viana [et. al.], 2009). A mãe através das suas escolhas ajuda a determinar as preferências alimentares, o comportamento alimentar, a qualidade da dieta, sendo esta influência provavelmente maior nas filhas (Viana, 2002; Brown e Ogden, 2004).

Por outro lado, a ação da mãe pode condicionar o consumo de determinados alimentos pelos filhos. Por exemplo, o maior nível educacional foi relacionado positivamente com o consumo de fruta, vegetais (Vereecken, Keukelier e Maes, 2004), enquanto as crianças de mães com menor formação consumiam alimentos de maior densidade energética (hidratos de carbono de absorção rápida) (Elfhag, Tynelius e Rasmussen, 2007). Estes dados são corroborados pelo estudo de Hupkens [et. al.] (1998) quando considera que mães com nível educacional mais elevado oferecem às suas crianças alimentos mais saudáveis apresentando ambas uma alimentação mais saudável.

O rendimento familiar e o nível educacional dos pais podem ter efeitos na alimentação da criança e nas atitudes e práticas alimentares exercidas pelos pais (Blissett e Haycraft, 2008).

Portanto, as características dos pais devem ser tidas em conta para compreender as suas atitudes e práticas alimentares para com a criança.

Também Cresson (1995) afirma que as mulheres são as principais produtoras de cuidados de saúde da família. Atualmente, este facto ainda está bem presente, uma vez que, no seio da família, a mulher é eleita para os cuidados referentes à saúde e à doença. Continua a ser atribuído “(...) às mulheres, sobretudo, esposas, mãe e até filha ou nora quando os pais ou sogros o venham a necessitar, o estatuto de guardião da saúde de cada um dos seus membros e de promotoras da ordem moral sanitária...” (Leandro, 2006, p.144). Igualmente a este respeito, Nunes (1997, p. 190) refere que “(...) o papel da mulher no que diz respeito à saúde da família vai desde os cuidados quotidianos que contribuem para a manutenção da saúde e prevenção da doença: alimentação, cuidados de higiene, agasalho, etc., até às decisões em relação ao tratamento das doenças correntes e doenças graves.” A participação da mulher surge, então, como essencial na promoção da saúde no interior da família. Este cuidar representa todo um conjunto de atos realizados no dia a dia, com o objetivo e a função de manter uma vida saudável aos seus elementos e para permitir que se perpetue a vida familiar (Carvalho, 2002).

Em suma, os pais modelam os comportamentos alimentares das crianças. É de salientar que, a crença dos pais de que a criança não consegue regular a quantidade de alimentos que ingere diariamente, leva-os a adotar frequentemente estratégias que forcem a criança a comer além das suas necessidades. Assim, é necessário uma certa mediação por parte dos pais, pois em relação à seleção e escolha dos alimentos, se o pais deixarem a criança escolher livremente os alimentos, ela escolherá alimentos com alta taxa de gordura, açúcar e sal. No entanto, se essa escolha for devidamente mediada, as crianças modificarão o seu padrão de escolha. No entanto, muitas das vezes nessa mediação, constata-se que a preocupação dos pais centra-se muito na quantidade de alimentos ingeridos e não na sua qualidade nutritiva (Klesges [et. al.], 1991).

Como refere, Cardoso (2013, p.43), “os pais preocupam-se com a quantidade de alimento ingerido pela criança, no entanto, a qualidade é muito mais do que a quantidade, sendo que a criança na idade pré-escolar tem uma capacidade ajustada de autorregular a ingestão alimentar às suas necessidades nutricionais”. Cabe, desta forma, aos pais promover um ambiente salutar à mesa evitando constrangimentos e censuras desnecessárias, proporcionando variedade de alimentos saudáveis e tentando incorporar na infância hábitos que permanecerão ao longo da vida.

### **CAPÍTULO III- INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA AO NÍVEL DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

---

As sociedades saudáveis necessitam do envolvimento e de diálogo entre os diversos setores e atores, visto que o seu desempenho gera impactos significativos sobre a saúde (WHO, 2011). Ações políticas coordenadas e intersetoriais são comprovadamente eficazes. A estratégia de Saúde em Todas as Políticas, juntamente com a cooperação e ações intersetoriais, constitui um enfoque promissor para ampliar a responsabilização de outros setores em relação à saúde, além de promover a equidade em saúde e o desenvolvimento de sociedades mais inclusivas e produtivas. Enquanto metas coletivas, a saúde e o bem-estar para todos devem estar entre as mais altas prioridades no âmbito local, regional, nacional e internacional (OMS, 2010).

A ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser adaptada aos contextos de cada país e região para que sejam levados em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Portugal, 2012a) as políticas de Saúde Pública sustentam as intervenções para o benefício do estado de saúde das populações baseadas, além da prestação de cuidados de saúde, em estratégias para a proteção e promoção da saúde e a prevenção da doença.

As políticas devem englobar ações para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, transversais a todos os setores para que confluam em intervenções dirigidas aos diferentes determinantes sociais da saúde. Estas devem ser definidas em múltiplas escalas intersetoriais, reconhecendo que é fundamental a intervenção integrada e sistematizada nos fatores socioeconómicos, culturais e ambientais para a redução das desigualdades e iniquidades em saúde.

Assim, emerge a necessidade de se reforçar as Políticas de Saúde Pública, através da promoção da saúde, da identificação e intervenção nas prioridades em saúde tendo em consideração o impacto na obtenção de ganhos em saúde sustentáveis.

Neste sentido, os Cuidados de Saúde, nomeadamente a área de atuação da Enfermagem Comunitária assumem um papel de primeira linha no contacto com as pessoas, famílias, grupos e comunidades.

### **3.1. A Promoção dos Comportamentos Alimentares – A Intervenção de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários**

No âmbito das políticas de saúde direcionadas para os cuidados às famílias, no contexto da comunidade, até ao início dos anos setenta a Saúde Pública e a Saúde Comunitária direccionaram-se para a prevenção e controlo de doenças específicas como a tuberculose, e o conjunto de afeções suscetíveis à vacinação (Stanhope e Lancaster, 2011). Em Portugal, a reforma do Serviço de Saúde surge com o Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro, criando os Centros de Saúde, cujo objetivo seria assegurar cuidados de saúde à população residente na área abrangida pelos mesmos. A família é designada como a unidade básica de desenvolvimento humano e os enfermeiros de Saúde Pública e Saúde Comunitária surgem numa posição privilegiada no contacto com as famílias e populações.

Posteriormente, a ênfase na Promoção da Saúde, emerge das conferências de Alma-Ata (OMS, 1978) e Ottawa (OMS, 1986) que vêm colocar os cuidados de saúde no âmbito social e económico da vida quotidiana, numa perspetiva de proporcionar cuidados essenciais universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, por meios que lhe sejam aceitáveis, com a sua plena participação e a um preço acessível à comunidade e ao país; englobem uma dinâmica social e de grupos.

A segunda Conferência Ministerial da OMS em Enfermagem Obstétrica na Europa, realizada em Munique em junho de 2000, aprovou a Declaração de Munique, subscrita pelos Ministros da Saúde dos Estados Membros da Região Europeia, consagrando o papel central dos enfermeiros face aos novos problemas de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Uma das medidas propostas foi o estabelecimento de programas e serviços de enfermagem comunitária e de enfermagem obstétrica centrados na família, incluindo, o desenvolvimento do papel do enfermeiro de saúde familiar. Estes acontecimentos constituíram marcos na evolução teórica e prática da Saúde Pública e Comunitária.

As prioridades do Ministério da Saúde, apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, e da Ordem dos Enfermeiros, expressas no Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), enfatizam a família e comunidades como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e cuidados de saúde.

Hoje, os Enfermeiros de Saúde Comunitária situam-se na primeira linha de contacto com as pessoas, famílias, grupos e comunidades, sendo que emerge na abrangência e autenticidade desses contactos a aplicação e produção dos saberes em Enfermagem.

O papel central da Enfermagem especializada em Saúde Comunitária assenta na avaliação da saúde de uma comunidade, pela monitorização, o diagnóstico e a investigação; pelo desenvolvimento e participação em políticas de informação, educação e mobilização da comunidade; e pela avaliação da qualidade e garantia da continuidade dos cuidados de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011). Segundo esta linha de pensamento, associa-se ao modelo de desenvolvimento de saúde as perspetivas atuais de atuação do Enfermeiro baseado nos processos de capacitação de grupos e comunidades através do planeamento em saúde com base nas necessidades dos grupos ou comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Assim, os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o indivíduo/família/comunidade, nas atividades que contribuem para a satisfação das necessidades de saúde, quer na promoção da saúde quer na prevenção da doença. Uma das formas básicas, para alcançar estes objetivos, é a implementação de programas de Promoção da Saúde, norteados por Enfermeiros de Saúde Comunitária e com uma vertente multidisciplinar.

Os programas sustentados na Educação e Promoção da Saúde, constituem assim, atividades de capital importância para os Cuidados de Saúde Primários, sendo de salientar os programas direcionados para a promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente no âmbito da alimentação saudável.

São inúmeras as necessidades de saúde em contexto comunitário e de Saúde Pública, e especificamente em grupos vulneráveis e de risco. Uma das necessidades/preocupações epidemiológicas de maior relevância na atualidade, e que surge de exaustivos diagnósticos em vários países, relaciona-se com a obesidade infantil. Emerge nesta problemática uma das áreas privilegiadas de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária através da “promoção da capacitação de grupos (...) com vista à consecução de projectos colectivos” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.4). Trata-se do combate a esta doença altamente comprometedora da saúde com efeitos a curto, médio e longo prazo e das suas consequências em termos de Saúde Pública.

Em termos epidemiológicos a obesidade é um fenómeno longe de ser controlado. Está classificada pelo grupo de trabalho da OMS como uma epidemia global. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária assume o seu papel no planeamento em saúde e intervenção com base em programas e projetos de intervenção com vista a resolução de problemas identificados no sentido da obtenção de ganhos em saúde no controlo e prevenção da obesidade infantil. A não perceção da obesidade como doença crónica leva a uma desresponsabilização social face à obesidade infantil.

Nas questões que hoje envolvem a promoção da alimentação saudável emergem dois princípios basilares: por um lado, a mudança de comportamentos e a sua



manutenção a longo prazo e, por outro, os hábitos alimentares que os adultos mantêm estão relacionados com os aprendidos na infância. Isto remete para a ideia de que a intervenção e promoção de comportamentos alimentares saudáveis deverão ser instituídas nos primeiros anos da infância, dada a sua influência na vida adulta. Do mesmo modo, é na infância que, além do ambiente psicológico, socioeconómico e cultural, a influência do ambiente familiar onde a criança vive, tem a sua maior expressão, refletindo-se nas atitudes da criança, que favoráveis ou desfavoráveis no que diz respeito à alimentação, poderão permanecer ao longo da vida (Rossi, Moreira e Rauen, 2008).

Assim, integrar as influências dos comportamentos alimentares e contextos familiares na compreensão dos processos de saúde e doença relacionados com a alimentação desde a infância assume-se como estratégia fulcral para os cuidados de saúde. Especificamente, e no que se refere à atuação dos Enfermeiros ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, assume-se como necessário integrarem na compreensão desses fenómenos as teorias que sustentam o processo de prestação de Cuidados de Enfermagem.

O Modelo de Moyra Allen (Modelo de Desenvolvimento de Saúde em Enfermagem) foi desenvolvido em 1986, a partir de ideias iniciais referentes à saúde e enfermagem. Segundo Allen, na linha de pensamento da Escola de Promoção da Saúde a “profissão de enfermagem constitui um recurso primário de saúde para a família e comunidade. A finalidade dos cuidados de enfermagem é a promoção da saúde, sua manutenção, reforço e desenvolvimento da família e de cada um dos seus membros, pela activação dos seus processos de aprendizagem” (Bento, 2006, p.50). Na perspetiva de Allen ressalta o sistema familiar como um grupo social primário e uma unidade de comportamento de saúde. Adotar essa perspetiva requer atender, tanto às características individuais quanto às grupais, bem como aos processos e interações entre eles (Manfrini e Boehs, 2005). Neste contexto a profissão de enfermagem é considerada um recurso primário de saúde para o indivíduo, a família e a comunidade, e os cuidados de enfermagem primordiais para a manutenção, o reforço e o desenvolvimento da saúde. O papel do Enfermeiro é o de assistir a família para desenvolver modos saudáveis de viver, estruturando experiências de assistência que envolvam ativamente a família no processo de busca pela saúde (Ford-Gilboe, 2002).

Na Escola do *Caring*, a Teoria do Cuidado Transcultural permite entender a forma como os seres humanos se comportam e se expressam, através de princípios, crenças e educação em relação ao cuidado estar ligado aos padrões culturais. Aponta ainda, para as influências da visão de mundo, contexto social, político, educacional, económico, linguagem, religião, tecnológica e ambiente de cada cultura que envolvem o cuidado.

O cuidado de enfermagem, na Teoria do Cuidado Transcultural, surge a partir de dois métodos, ou sistemas de cuidado à saúde: o subsistema de saúde popular e o subsistema de saúde profissional, os quais possuem valores e práticas próprios, podendo ocorrer divergências entre eles nas diversas culturas. Para prestar cuidados é necessária sensibilidade cultural. Na prática, a sensibilidade cultural não é mais que providenciar cuidados ou serviços, que vão de encontro às necessidades religiosas, dietéticas e linguísticas dos grupos, tendo sempre como base de sustentação a prestação de cuidados individuais e globalizados (Stanhope e Lancaster, 2011; George, 2000).

Na prestação de cuidados, é pois essencial a recolha de informação através de um instrumento de avaliação da pessoa/família/comunidade que seja culturalmente sensível. Na prática profissional diária é relativamente frequente a deteção de situações que requerem intervenção de enfermagem relacionadas com “mitos” sobre os cuidados à criança e respetiva alimentação entre muitos outros, intimamente ligados a fatores culturais, que requerem uma abordagem multifacetada patente no modelo Transcultural.

Cabe aos profissionais de saúde respeitar as convicções e adaptá-las às realidades extraíndo as que são úteis como aprendizagem e educar para a saúde. A observação das práticas de cuidar pelos pais e pelo próprio meio social onde se inserem torna os enfermeiros privilegiados na aquisição de conhecimentos, assim como na promoção de novas práticas.

O Enfermeiro deverá adotar estratégias que respondam às necessidades dos utentes, das famílias e das comunidades. Tendo em consideração a cultura, é necessário que desenvolva competências que lhe permita prestar cuidados adequados aos utentes de diferentes culturas, de acordo com o contexto da comunidade onde está inserido e na qual desempenha o seu exercício profissional.

Tal contextualização é fundamental na formulação de programas de intervenção no âmbito da família, isto porque, a dinâmica familiar interna, bem como a sua inter-relação com os demais fatores constituintes da sociedade, ao serem conhecidos, permitem a promoção da saúde familiar efetiva.

No âmbito da promoção de comportamentos alimentares saudáveis junto das famílias, a Enfermagem constitui um recurso basilar para o sucesso dos processos educativos (Kérouac *et. al.*, 1996).

Portanto, o Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve ser promotor e representante ativo nas políticas de saúde e sociais a nível local, regional e nacional, acompanhando as mudanças sociais, económicas, tecnológicas e ambientais da comunidade (Stanhope e Lancaster, 2011).

No contexto económico e social que Portugal atualmente atravessa, é ainda mais pertinente o papel do Enfermeiro, uma vez que este se encontra na primeira linha de cuidados junto dos contextos familiares e grupos comunitários.

A atual crise económica e financeira global exige a adoção urgente de medidas para reduzir as crescentes iniquidades em saúde e para prevenir a deterioração nas condições de vida e dos sistemas de saúde e proteção social. É preciso implementar ações sobre os determinantes sociais da saúde tanto nos países quanto no âmbito global.

Para ocorrerem melhorias significativas no estado de saúde das populações a Promoção da Saúde surge como um abrangente universo de possibilidades e reconfiguração de necessidades, cada vez mais exigentes nas sociedades complexas, economicamente interdependentes num mundo globalizado, subjugadas ao consumo e à tecnologia. Promover a Saúde será abarcar positivamente esta conjuntura, assumindo-a tal qual ela é, com vista a enfrentar novos paradigmas e desafios de Saúde Pública.

### **3.2. A Intervenção em Contexto Familiar**

É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. No contexto familiar, a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida.

Se bem que, de forma diversa, o contexto familiar organiza-se para receber os novos membros no seu seio e ajusta-se perante o envelhecimento e a perda de outros. Ao lidar com transições de saúde-doença, a família possui um potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar (Meleis, 2007).

Não sendo os profissionais de Enfermagem responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia, podem tornar-se parceiros e atores dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia.

A saúde da criança tem merecido especial atenção por parte dos atores da saúde, havendo indicadores como a diminuição da mortalidade infantil, a emergência de novos problemas e a constante necessidade de promoção da saúde infantil, que exigem uma reavaliação dos focos de atenção pelos Enfermeiros (Lopes, Catarino e Dixe, 2010). Um desses focos relaciona-se com o desempenho do papel parental, na medida em que, por exemplo, crianças negligenciadas têm maior risco de desenvolverem problemas de saúde em adultos. Nesta conformidade o *Center for Disease Control and Prevention* (2012b)

recomenda a promoção de competências de parentalidade adequadas como estratégia de prevenção.

A parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e da saúde nas gerações subsequentes. O desempenho da função parental torna-se uma tarefa complexa, uma vez que ao longo desta transição está-se constantemente perante a necessidade de aquisição de novos papéis e responsabilidades.

A transição para a parentalidade envolve ações e interações, que incluem os cuidados físicos e afetivos por parte dos pais, abrangendo o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental (Figueiredo, 2012). Neste sentido, a sociedade espera que os pais cuidem dos seus filhos durante um período significativo das suas vidas e providencie contextos conducentes de um desenvolvimento cognitivo favorável.

O Conselho da Europa promoveu a Conferência de Estrasburgo, sobre o tema “*Changes in Parenting: Children today, parents tomorrow*”, que introduziu o conceito de Parentalidade Positiva (Lopes, Catarino e Dixe, 2010). O objetivo deste conceito é promover o desenvolvimento de relações positivas entre pais e crianças, no sentido de otimizar todo o potencial de crescimento e desenvolvimento de uma criança.

Parentalidade Positiva define-se então, como o comportamento parental construído no respeito pelos direitos da criança que visa garantir a satisfação das suas necessidades básicas, através da proteção dos riscos e a criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento adequada da criança, considerando a sua individualidade, especificidade, bem como autonomia (Lopes, Catarino e Dixe, 2010).

A intervenção em Saúde Familiar, sustentada no Paradigma da Interação, orienta para o exercício da Enfermagem voltado para a parceria dos Enfermeiros com as pessoas, as suas famílias e a comunidade, no sentido de promover o desenvolvimento das suas potencialidades, sendo que estas podem e devem, pela tomada de decisão, exercer controlo social sobre os serviços de saúde e se auto cuidarem (Figueiredo, 2012).

A prestação de Cuidados de Enfermagem deve, portanto assentar na inter-relação com a criança e a família, utilizando as metodologias científicas, através dos diagnósticos de Enfermagem, pela recolha e avaliação dos dados, elaboração e execução dos planos de cuidados, numa constante avaliação/ reformulação e adequação. A consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, quer nos serviços de saúde, quer em contexto domiciliário, constitui assim o recurso fundamental para os cuidados, nomeadamente na promoção da alimentação adequada, salientada pela OMS (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Os Enfermeiros têm um papel preponderante na vigilância,

intervenção e acompanhamento do desenvolvimento infantil, reconhecendo os seus prestadores de cuidados diretos como principais promotores desse desenvolvimento. É por isso, competência do Enfermeiro, avaliar o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da crianças através das consultas de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

No âmbito da problemática do excesso de peso e obesidade na infância, a intervenção dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária com famílias dessas crianças passa pela transmissão de informação nutricional, pela educação para a saúde, aliados à implementação de estratégias e intervenções orientadas para os grupos familiares, instituições e organizações, nomeadamente as escolas, os locais de acesso a alimentos, os próprios meios de comunicação social e a publicidade.

Na intervenção familiar, os Enfermeiros necessitam de ter em consideração que existem variáveis demográficas, determinantes parentais, nomeadamente, os determinantes cognitivos, estilos parentais de alimentação aliados a práticas culturais das famílias, a abordar na intervenção.

A intervenção antecipatória, com ênfase na capacitação individual e familiar constitui uma ferramenta indispensável enquanto potenciadora de conhecimento e de habilidades capazes de mudanças nos comportamentos e cujo objetivo principal é atuar na prevenção.

As Estratégias para a Prevenção da Obesidade Infantil, salientam que abordagens efetivas necessitam de um conjunto de intervenções orientadas para a adequação do ambiente sócio ecológico, através de ações comunitárias e políticas sociais sensíveis e ações que visem influenciar diretamente o estilo de vida das crianças, particularmente dirigidas ao contexto escolar e familiar (WHO, 2009).

A obesidade tem um carácter familiar, sendo impossível afirmar até que ponto essas tendências familiares são genéticas ou devidas ao meio ambiente (Antoniazzi, 1995). Ajudar os familiares a compreender a obesidade e a reconhecê-la como um problema constitui uma questão complexa que requer grande envolvimento, trabalho e competências. As famílias com crianças precisam de apoio para iniciar e sustentar práticas de alimentação adequadas e consistentes. Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel crucial na educação e no aconselhamento, através da influência nas decisões sobre as práticas de alimentação entre as crianças, mães e famílias. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimentos e competências para aconselhar e ajudar a resolver as dificuldades de alimentação e saber quando e como orientar uma família com problemas mais complexos no que se refere à alimentação.

A obesidade infantil é um problema de Saúde Pública que pode ser evitável. Segundo Hanson (2005), a maior parte da morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes deve-se a comportamentos e estilos de vida, sendo portanto evitáveis. O estabelecimento de parcerias com as famílias é fulcral para a sua confiança nos profissionais, para o apoio e aquisição de competências e responsabilidades por parte dos pais.

Considerar a família enquanto grupo é fundamental dado que o tratamento e prevenção das doenças associadas ao comportamento alimentar implicam a mudanças nos hábitos de vida das famílias, sendo fundamental considerar as dificuldades que estas sentem em se mobilizar em torno da doença e em reestruturar papéis e funções de cada membro.

As famílias necessitam de encontrar nos profissionais de saúde, um espaço de compreensão e não de julgamento, onde se promove a consciencialização do problema, num impacto útil para o seu presente ou futuro. Para melhorar os cuidados, e garantir a saúde e qualidade de vida destas famílias, será necessário trabalhar na perspetiva da família, devendo-se acreditar que a doença não é só uma experiência que envolve toda a família, mas também um problema da sociedade.

Na perspetiva de Leininger, a abordagem dos rituais e rotinas da família oferece caminhos para avaliar as informações de saúde usadas pelos membros da família e os comportamentos incorporados na vida familiar. Também orienta sobre a organização, a identidade e o funcionamento familiar, o planeamento de intervenções específicas para doenças ou para a promoção da saúde (Denham, 2003).

O Enfermeiro que desenvolve a sua intervenção em Saúde Comunitária deve ajudar as famílias a “integrar a promoção da saúde física, sócio emocional e cognitiva nas rotinas” (Hanson, 2005, p.271). Desta forma consegue obter padrões positivos de saúde. Isto permite moldar e encorajar o ambiente familiar para comportamentos saudáveis, nomeadamente no que concerne aos hábitos alimentares na infância.

Os difíceis desafios decorrentes da situação atual das crianças no nosso país orientam para a necessidade de focar a investigação e as intervenções dos enfermeiros na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, do seu bem-estar e na prevenção de complicações. Para tal, o trabalho deve assentar na parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que elas se inserem, de forma a promover o mais elevado nível de saúde possível. A orientação antecipatória implica o estabelecimento de uma comunicação efetiva, nos domínios do envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados, assente no reconhecimento e valorização das forças e competências das famílias como um recurso para a intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Compreender os processos que envolvem a parentalidade emerge da necessidade de desenvolver o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem, incrementando intervenções e definindo resultados, para ajudar as pessoas a alcançar transições saudáveis (Meleis, 2007). Torna-se então necessário conhecer as necessidades e os problemas vivenciados pelos pais durante as transições, no sentido da adaptação ao seu papel parental, que poderá ajudar a Enfermagem a “repensar” o processo de cuidar a família, bem como incentivá-la na promoção da saúde familiar.

A forma como as mães se comportam perante a alimentação é fundamental, sendo que é neste fator que ainda reside pouca intervenção por parte dos profissionais de saúde. Para se poder intervir há que conhecer e compreender a criança, os seus antecedentes, a sua família, os estilos de vida, nomeadamente no que concerne à alimentação, à atividade física e outros comportamentos. Em suma, é fundamental considerar a globalidade do meio onde a criança cresce, se desenvolve e os fatores que possam interferir no desenvolvimento estado-ponderal e influenciar a génese do peso excessivo e da obesidade. Mas, é sobretudo na família e com a família que este problema tem que ser enfrentado (Padez [et. al.], 2004).

A intervenção dos profissionais de saúde com pais de crianças que integram a diversificação alimentar centra-se na transmissão de informação nutricional. Contudo, o efeito da informação na mudança dos comportamentos alimentares infantis não é claro, pelo que é necessário conhecer o tipo e as influências do comportamento alimentar dos pais no regime alimentar praticado nos seus filhos.

Os Enfermeiros que trabalham com crianças e suas famílias precisam de compreender a complexidade do comportamento alimentar infantil e ter conhecimento dos estilos de vida das mães enquanto pessoa de referência na alimentação da criança até à entrada no jardim de infância. Neste sentido, avaliar os comportamentos alimentares torna-se crucial para o desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde e medidas mais eficazes de acompanhamento/intervenção no contexto de famílias com crianças.

Assume-se como prioritário o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo (Portugal, 2013).

A multiplicidade e complexidade do fenómeno em torno dos comportamentos alimentares desde a infância carece de estudos, nomeadamente acerca das influências dos comportamentos dos pais ou pessoas de referência nos comportamentos das crianças

numa faixa etária tão preponderante como os três primeiros anos de vida. São conhecidos dados sobre as alterações no perfil de IMC nas crianças e as suas repercussões na vida futura mas, para conhecer os determinantes em que é prioritário intervir e quais as estratégias mais eficazes, ainda é necessária mais investigação.

A boa prática de cuidados requer conhecimentos baseados em estudos científicos e resultados sistematizados, pelo que, reconhecendo as necessidades e inquietações decorrentes do exercício profissional na área infantil, desenvolve-se o presente estudo.



## **CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO DO ESTUDO**

---

Partiu-se da questão de partida: **Qual a relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade?** Para dar resposta ao objetivo desta investigação optou-se por um estudo quantitativo. Neste capítulo faz-se referência aos objetivos e hipóteses delineados e à contextualização do estudo com uma breve caracterização do concelho de Barcelos. São descritos também, os procedimentos metodológicos utilizados ao longo desta investigação, especificando a população e amostra, a descrição dos métodos e instrumentos de colheita de dados e os procedimentos utilizados para o tratamento dos dados.

### **4.1. Finalidades e Objetivos**

No nosso país, o nível de conhecimentos sobre o comportamento alimentar aos 3 anos de idade é reduzido, bem como da forma como os comportamentos alimentares entre mães e crianças se encontram associados, nomeadamente nesta faixa etária.

Assim, são finalidades do estudo contribuir para a intervenção da Enfermagem Comunitária e para aprofundar conhecimentos que permitam a melhor compreensão dos aspetos inerentes à abordagem e intervenção nos comportamentos alimentares na infância e daqueles que lhe servem de modelo, ou seja as suas mães.

Para dar resposta à questão de partida definiu-se o seguinte objetivo geral: analisar a relação entre os comportamentos alimentares das mães e os comportamentos alimentares das crianças com 3 anos, no concelho de Barcelos.

No sentido de obter uma compreensão mais vasta dessa relação, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o estado nutricional das mães.
- Descrever os comportamentos alimentares das mães.
- Descrever o estado nutricional das crianças.
- Descrever os comportamentos alimentares das crianças.

- Avaliar a associação do IMC da criança com o seu comportamento alimentar.
- Avaliar a relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança.
- Avaliar a associação do IMC da mãe com o IMC da criança.

## **4.2. Desenho da Investigação**

Com base nos objetivos delineados, o presente estudo é do tipo descritivo-correlacional, no sentido em que descrevem os comportamentos alimentares das mães e se procede à descoberta de relações com os comportamentos alimentares das crianças com 3 anos idade.

O estudo desenvolveu-se segundo uma análise quantitativa, com uma abordagem sequencial e instrumentos que permitem a recolha de dados observáveis e quantificáveis e que possibilitam conhecer e relacionar os comportamentos alimentares.

No que se refere ao horizonte temporal, o estudo é de corte transversal, dado que os dados foram colhidos num único momento (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006).

### **4.2.1. População e amostra**

Antes de se apresentar o procedimento adotado para a obtenção da amostra, apresenta-se uma breve contextualização do concelho de Barcelos, no que se refere a dados demográficos, socioeconómicos e dos serviços de saúde, para melhor compreender os fenómenos e o contexto onde a população alvo se insere.

O concelho de Barcelos situa-se no distrito de Braga, região do Norte e sub-região do Cávado, com cerca de 378,9 km<sup>2</sup> de área e 119 563 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2013), subdividido em 61 freguesias (NUTS III Cávado Norte).

Em relação ao setor económico e profissional, no setor primário existem grandes áreas dedicadas à agricultura, nomeadamente produção de forragens para alimentação de animais bovinos, sendo o maior produtor leiteiro nacional. O setor secundário é a principal fonte de emprego (51,7% da população), enquanto o setor terciário é o único a aumentar no período intercensitário 2001-2011, aproximando-se da tendência da região do Norte e do Continente. O número de desempregados inscritos mostra uma diminuição em relação a 2012, situando-se a taxa de desemprego em 12,1% (2013) depois da tendência de crescimento exibida nos últimos anos. O sexo feminino apresenta um número menor de desempregados do que o masculino (Pordata, 2014).

O nível de escolaridade da população do concelho melhorou entre 2001 e 2011. A taxa de analfabetismo (4,5%) é inferior à da região do Norte (5,0%) e à do Continente (5,2%). Em Portugal, a escolarização média feminina do grupo etário dos 25 aos 44 anos em 2011 situava-se em 10,9 anos. No concelho de Barcelos este valor, para a mesma faixa etária, ano e sexo, está compreendido entre 7,49 e 9,12 anos. Importa referir que, existe neste município uma taxa de abandono escolar de 3% e baixo número de Licenciados (cerca de 7,2% em 2013, valor que corresponde a menos de metade da média nacional, 20,4% (Justino [et. al], 2014).

A esperança de vida à nascença (80,8 anos) tem aumentado em ambos os sexos, sendo igual à da região do Norte e superior à do Continente (80,6). A taxa de natalidade em 2012 apresentou valor de 8,1‰ sendo superior à observada na região do Norte mas inferior à do Continente, verificando-se uma tendência decrescente (Portugal, 2014a).

A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2,1% no triénio 2010-2012) tem diminuído, mantendo-se inferior à da região (3,4%) e à do Continente (3,7%). A evolução da proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos (21,3% no triénio 2010-2012) mostra uma tendência inversa, mas com valores, no mesmo período, inferiores aos da região do Norte (22,2%) e Continente (23,7%) (Pordata, 2014).

A mortalidade infantil (3,7 ‰ no triénio 2010-2012), tem aumentado desde o triénio 2008-2010 e o valor observado é superior ao da região e do Continente, sobretudo, à custa da componente mortalidade pós-neonatal (Portugal, 2014a).

Ao nível dos serviços de saúde o concelho é servido por um hospital distrital, pelo hospital concelhio, um hospital privado, um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), que no concelho de Barcelos agrupa dezasseis unidades de saúde (Unidades de Saúde Familiar – USF; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP; Unidades de Cuidados na Comunidade).

No que se refere aos Cuidados de Saúde Primários, o concelho de Barcelos tem a intervenção do ACES Cávado III Barcelos/Esposende que se divide em 3 regiões: Barcelos (30 freguesias situadas a norte do rio Cávado), Barcelinhos (31 freguesias situadas a sul do rio Cávado) e Esposende (9 freguesias).

Para o presente estudo foi selecionada a região de Barcelos com dez unidades de cuidados (USF e UCSP), abrangendo um total de 76 047 utentes com uma área de influência de 30 freguesias<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Fonte: Utes inscitos no ACES Cávado III Barcelos/ Esposende (SINUS), em outubro, 2009.

A fim de dar resposta aos objetivos foram selecionadas as crianças com 3 anos inscritas nas referidas dez unidades funcionais de saúde do ACES Cávado III.

Por questões de exequibilidade do estudo, considerando o horizonte temporal, a disponibilidade da investigadora para o estudo e a acessibilidade à população alvo foram selecionados os meses de nascimento de novembro e dezembro de 2010 e janeiro de 2011, obtendo uma população total de 179 crianças, segundo dados do Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS) em outubro de 2013. Considerou-se que, estes meses apresentaram número de nascimentos inscritos nas unidades de saúde equivalentes aos restantes meses desses anos, não havendo variação significativa. (Tabela 1)

**Tabela 1 – Distribuição do número de nascimentos por meses no concelho de Barcelos e nas unidades do estudo**

Ano/Meses		Nascimentos concelho de Barcelos <sup>2</sup> (n.º)	Nascimentos inscritos unidades do estudo <sup>3</sup>		
			Sexo		Total
			M	F	
2010	fevereiro	66	24	20	44
	março	88	26	28	54
	abril	87	29	24	53
	maio	81	23	23	46
	junho	91	25	39	64
	julho	85	28	24	52
	agosto	95	34	27	61
	setembro	101	33	36	69
	outubro	104	25	33	58
	novembro	92	25	37	62
	dezembro	88	27	30	57
2011	janeiro	99	33	27	60

O estudo teve como população alvo todas as crianças que completaram 3 anos entre novembro de 2013 e janeiro de 2014, inscritas na área de influência das dez unidades de saúde (USF e UCSP) do ACES Cávado III Barcelos/Esposende da região norte do concelho de Barcelos e as respetivas mães, que coabitam com as mesmas.

<sup>2</sup> Fonte: INE, dados extraídos em 22 junho, 2014. Disponível em <http://www.ine.pt>

<sup>3</sup> Fonte: SINUS, 19 junho, 2014.

Segundo a base SINUS existiam 179 crianças que completaram 3 anos entre 1 de novembro de 2013 e 31 de janeiro de 2014<sup>4</sup>.

Como critérios de inclusão, além da data de nascimento, acrescenta-se a aceitação voluntária da mãe da criança para a participação no estudo e a coabitação permanente da mãe com a criança. Foram excluídas crianças com patologia do foro endocrinológico e metabólico (tal como Diabetes, doença Celíaca, entre outras), atraso psicomotor ou outra alteração neuromuscular.

Como já referido, a seleção do local do estudo foi efetuada por conveniência de acessibilidade e do condicionalismo temporal para a realização de um estudo de mestrado. Foram definidos 3 meses do ano, considerando a pequena variabilidade da taxa de natalidade ao longo dos meses e ainda que, as crianças nesses meses apresentam condições idênticas às crianças que nasceram nos restantes meses desse ano, consoante os dados apresentados na Tabela 1.

Das 179 crianças, verificou-se que 60 não integraram o estudo, sendo que 18 crianças estavam a residir no estrangeiro ou noutra concelho e recusaram a participação no estudo e, com 42 crianças não foi possível estabelecer contacto (após mais de três tentativas de contacto em momentos distintos, sem sucesso).

Desta forma, foi constituída uma amostra de disponíveis com 119 crianças e suas mães.

A opção por este tipo de amostra decorre de se pretender incluir todas as mães e crianças que, depois de informadas sobre os objetivos, voluntariamente se disponibilizassem para integrar o estudo. Cumulativamente, pretendeu-se controlar a unidade de tempo, para que o estudo não se prolongasse nos limites definidos para a sua concretização.

Assim sendo, a seleção das unidades de saúde e das unidades amostrais não permitirá generalizações. No entanto, espera-se um contributo para o desenrolar de mais investigação e intervenção na área dos comportamentos alimentares na infância, com a valorização do contexto familiar onde a criança se insere.

#### 4.2.2. Variáveis

Foram operacionalizadas as variáveis *comportamento alimentar da mãe, comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade, estado nutricional associado ao Índice de Massa Corporal da criança e da mãe*, pretendendo-se, não só estabelecer a

---

<sup>4</sup> Fonte: SINUS Barcelos em 9 outubro, 2013, para todas as crianças com data de nascimento no referido período, inscritas na região norte do concelho de Barcelos.

relação entre as variáveis mas, também, conhecer em que sentido se verifica essa relação (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006).

Para dar resposta aos objetivos do estudo é fundamental que as variáveis de cada instrumento possam ser relacionadas, dependendo dos níveis de medição das mesmas, de modo a assegurar a sua confiabilidade e validade.

Os comportamentos alimentares foram medidos através do *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ) construído e validado por Jane Wardle, Carol Guthrie, Saskia Sanderson e Lorna Rapoport (2001, versão para investigação traduzido e adaptado por Victor Viana e Susana Sinde, 2008) que está operacionalizado em 35 itens, numa escala do tipo *Likert* de 1 a 5 para cada item, em que 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre” (Viana e Sinde, 2008).

Assim, além das variáveis *comportamento alimentar da criança e comportamento alimentar da mãe*, operacionalizam-se ainda as variáveis que de seguida se apresentam.

#### Variáveis sociodemográficas e antropométricas da criança

Para a caracterização das crianças consideraram-se as variáveis: a idade (foi considerada a data de nascimento, sendo que a criança completou os 3 anos nos três meses anteriores à recolha de dados), o sexo, a frequência de creche e jardim de infância e variáveis antropométricas, tais como o peso (quilogramas), a altura (centímetros), o IMC e a classificação do estado nutricional da criança segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) / Direção-Geral da Saúde (Portugal, 2013).

Estas variáveis foram operacionalizadas como nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas últimas, sempre que possível.

#### Variáveis sociodemográficas e antropométricas da mãe

Na caracterização das mães foram integradas as seguintes variáveis: a idade (para o cálculo da idade da mãe foi considerada a data de nascimento e a data da colheita de dados), a escolaridade (com a classificação em 8 níveis de escolaridade), a profissão (adotando a classificação nacional de profissões CIP/ISCO/2008, INE, 2011) e variáveis antropométricas, como o peso (quilogramas), a altura (metros), o IMC e classificação do estado nutricional segundo a classificação de peso para adultos (WHO, 2000). Foi ainda considerada a composição do tipo de família sendo posteriormente agrupada em família nuclear e família extensa, considerando também as famílias monoparentais, segundo a classificação proposta por Amaro (2014).

Estas variáveis foram operacionalizadas como nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas últimas, sempre que possível.

A referir que, apenas foram consideradas as características antropométricas apresentadas para a criança e para a mãe, dado que o IMC surge como um método fácil de avaliação, de considerável sensibilidade, sendo o eleito para classificar o estado nutricional nas crianças a partir dos 2 anos de idade (WHO, 2006).

#### 4.2.3. Hipóteses

Com o objetivo de descobrir a relação entre as variáveis do estudo foram formuladas as que de seguida se apresentam no sentido de “estabelecer guias precisas do problema de pesquisa” (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006, p.119):

- O Índice de Massa Corporal da criança relaciona-se com o seu comportamento alimentar.
- O comportamento alimentar da mãe relaciona-se com o comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade.
- O IMC da mãe relaciona-se com o IMC da criança.

#### 4.2.4. Instrumentos de colheita de dados

O estudo decorreu de outubro de 2013 a setembro de 2014, englobando dois momentos de recolha de dados, através de dois instrumentos. O primeiro momento de recolha de dados, iniciou-se em fevereiro de 2014, sendo dirigido à mãe da criança entregando o instrumento de colheita de dados relativo aos seus comportamentos. O segundo foi dirigido aos comportamentos da criança descritos pela sua mãe, após dois meses da mãe ter respondido ao seu questionário, decorrendo até maio de 2014. Esta estratégia visou minimizar a influência nas respostas que as mães apontaram para os seus comportamentos e para os comportamentos dos seus filhos.

De acordo com os objetivos propostos para o estudo, as variáveis foram medidas através de várias questões utilizando questionários (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006).

Para a abordagem do comportamento alimentar das crianças foi adotado o **Questionário do Comportamento Alimentar da Criança** [Child Eating Behaviour Questionnaire] construído e validado por Jane Wardle, Carol Guthrie, Saskia Sanderson e Lorna Rapoport (2001, versão para investigação traduzido e adaptado por Victor Viana e Susana Sinde, 2008) validado para a população portuguesa na faixa etária deste estudo (ANEXO I). Para tal, foi obtida autorização dos autores para a sua utilização (APÊNDICE I).

Este questionário permite avaliar os comportamentos alimentares ou os estilos alimentares das crianças com diferentes valores de IMC no que concerne a oito dimensões: a *resposta à saciedade* (SR), a *ingestão lenta* (SE), a *seletividade* (FF) e a *sub-ingestão emocional* (EUE), que traduzem comportamento de *evitamento da comida*. A *resposta à comida* (FR), o *prazer em comer* (EF), a *sobre-ingestão emocional* (EOE) e o *desejo de beber* (DD) traduzem comportamentos de *atração pela comida* (Viana e Sinde, 2008). As siglas relativas ao questionário referem-se às iniciais dos conceitos em inglês.

A dimensão *resposta à saciedade* determina e avalia a capacidade da criança em auto regular a ingestão e o seu apetite, ou seja, o estabelecimento de uma regra aquando da vontade de comer, como forma de contrapesar a refeição anterior. A *ingestão lenta* relaciona-se com a falta de interesse pela comida. A dimensão *seletividade* refere-se à falta de apetite e preferência por uma panóplia muito limitada de alimentos, não sendo detentora de características do comportamento alimentar das crianças obesas, estando mais associada às características das crianças não obesas, e até mesmo a perturbações alimentares na infância (Viana e Sinde e Saxton, 2011). A *sub-ingestão emocional* relaciona-se com a inibição do apetite. Na dimensão *resposta à comida*, que avalia o interesse pela comida, refere-se à influência dos atributos externos dos alimentos, ou de fatores de índole social, no que concerne ao apetite e ingestão. No que respeita à dimensão *prazer em comer* as características reavaliam o interesse pela comida. A *sobre-ingestão emocional* avalia a reação emocional à comida que se relaciona com o aumento da ingestão alimentar, face a fatores de origem stressora. O *desejo de beber* refere-se ao interesse por bebidas açucaradas (refrigerantes e sumos) (Viana e Sinde, 2003).

As oito dimensões distribuem-se por 35 itens que são avaliados numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre”. Os itens 3, 4, 10, 16 e 32 são cotados numa escala inversa dos restantes e os resultados em cada subescala são as pontuações médias dos itens que as compõem (Viana e Sinde, 2008). A investigação dos comportamentos alimentares das crianças é realizada através das respostas dos pais ou cuidadores das crianças ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ).

Para a abordagem do comportamento alimentar das mães, foi adaptado pela investigadora o CEBQ, mantendo as mesmas dimensões e itens, de modo a ser auto-preenchido pelas mães, denominando-se Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe. Foi aplicado pré-teste a 11 mães que reuniam as mesmas características das mães que integraram o estudo. Em relação às alterações realizadas, estas decorreram da



aplicação do pré-teste para avaliar a compreensão das questões, sendo estruturada a versão final do mesmo (APÊNDICE III).

Procedeu-se à análise da consistência interna dos questionários CEBQ e Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe para a amostra obtida, verificando se as variáveis medem ou não os mesmos conceitos (Pestana e Gageiro, 2005). A consistência interna de cada uma das subescalas dos questionários foi investigada através do coeficiente de consistência interna *alpha de Cronbach* (Tabela 2).

Relativamente à consistência interna dos questionários de avaliação dos comportamentos alimentares pode observar-se que para a criança a *EOE*, *DD* e *FR* apresentam boa consistência interna e as restantes subescalas apresentam consistência interna média (segundo os valores definidos por Pestana e Gageiro, 2005). Já no que se refere à mãe, a *EF* e *FR* apresentam boa consistência interna, a *EOE*, *SE* e *DD* apresentam média, a *SR* má e as restantes apresentam valor razoável (segundo os valores definidos por Pestana e Gageiro, 2005).

**Tabela 2 – Consistência Interna dos instrumentos de colheita de dados**

		Alfa Quest. Criança	Alfa Quest. Mãe	Alfa CEBQ (Viana e Sinde, 2008)
<i>EF</i>	<i>Prazer na comida</i>	0,78	0,81	0,89
<i>EOE</i>	<i>Sobre-ingestão emocional</i>	0,84	0,77	0,77
<i>SR</i>	<i>Resposta à saciedade</i>	0,73	0,55	0,79
<i>SE</i>	<i>Ingestão Lenta</i>	0,75	0,73	0,88
<i>DD</i>	<i>Desejo de bebida</i>	0,88	0,74	0,82
<i>FF</i>	<i>Seletividade</i>	0,79	0,63	0,73
<i>EUE</i>	<i>Sub-ingestão emocional</i>	0,76	0,68	0,70
<i>FR</i>	<i>Resposta à comida</i>	0,82	0,83	0,88

Para além dos itens que constituem os questionários dos comportamentos alimentares das crianças e das mães, estes incluíram um conjunto de itens referentes às variáveis sociodemográficas e antropométricas.

A colheita de dados decorreu no período de fevereiro a maio de 2014 após o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (ANEXO II).

Foi solicitada a colaboração dos assistentes administrativos das unidades de saúde onde as crianças estavam inscritas. O primeiro contacto e a solicitação da colheita de dados relativa à mãe, decorreu na unidade de saúde aquando da consulta de

vigilância dos 3 anos da criança, após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão. Os enfermeiros de família ou de referência e os assistentes administrativos das dez unidades de saúde informaram a mãe da realização do estudo, objetivos e procedimentos, bem como da sua livre vontade em participar ou não. Após a aceitação livre e convenientemente esclarecida, foi solicitada a autorização da mãe para o fornecimento do seu contacto à investigadora, obtido o Consentimento Informado (APÊNDICE V) onde constavam os procedimentos para a colheita de dados bem como os contactos da investigadora para quaisquer informações e esclarecimentos. Neste momento, foi preenchido pela mãe o Questionário do Comportamento Alimentar adaptado para a Mãe. Nas crianças sem consulta de enfermagem agendada, o primeiro contacto foi estabelecido pelo administrativo e posteriormente, pelo enfermeiro de família ou de referência da criança que entregou o questionário da mãe, solicitando o Consentimento Informado e o contacto para a investigadora.

Os dados sociodemográficos e antropométricos da mãe e da criança foram recolhidos neste primeiro momento, constantes no questionário do Comportamento Alimentar adaptado para a Mãe. As mães realizaram o auto preenchimento do questionário ao qual foi atribuído um código alfanumérico. Aproximadamente 2 meses depois, o CEBQ foi entregue à mãe, após o contacto telefónico da investigadora pelo código alfanumérico atribuído ao primeiro questionário, de cada criança para esta responder em função do comportamento alimentar do seu filho. Em alternativa ao CEBQ em suporte papel, foi também disponibilizado o CEBQ eletrónico enviado para o endereço de correio eletrónico fornecido pela mãe, quando assim esta o desejou.

#### Avaliação Antropométrica

Para a avaliação do peso e altura das crianças e mães, foram definidos princípios orientadores apresentados no manual de Instruções para a Avaliação Antropométrica (adaptado de Duarte, 2011) e que foi divulgado com os enfermeiros de família ou de referência das unidades que integraram o estudo (VER APÊNDICE IV).

Foram, portanto, considerados os valores de peso e altura para a criança e para a mãe medidos no momento da colheita de dados ou na consulta de enfermagem aos 3 anos de idade. Após a avaliação antropométrica o IMC foi calculado através da fórmula de *Quelet*:  $IMC = Kg/m^2$ .

Para a classificação nutricional das crianças foi utilizada a calculadora antropométrica para cálculo do IMC para sexo e idade e obtenção do respetivo percentil, utilizando a calculadora antropométrica da WHO<sup>5</sup>. Para classificar o estado nutricional da

---

<sup>5</sup> Disponível em: [http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/)

criança foram adotadas as curvas de crescimento da OMS (*Child Growth Standards*, WHO, 2006).

#### 4.2.5. Tratamento de dados

O tratamento estatístico é o método mais adequado para a interpretação dos resultados obtidos em estudos quantitativos.

Após a obtenção dos questionários, os dados obtidos foram codificados em base de dados informática.

A análise dos dados foi efetuada com recurso a técnicas de estatística descritiva (frequências, média, desvio padrão, mediana e percentis) e a medidas de associação, tendo-se utilizado a *correlação de Pearson*.

Para a normalidade da distribuição assumiu-se o pressuposto do Teorema do Limite Central para  $n's > 30$  (Pestana e Gageiro, 2005).

Para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao *teste de Levene*. Na estatística inferencial foi utilizada a estatística paramétrica (*teste t de student*). Recorreu-se ainda ao teste de independência do qui-quadrado que nos indica se existem diferenças entre as duas populações em relação a uma determinada característica (Maroco, 2010).

Os coeficientes de correlação utilizados foram os propostos por Pestana e Gageiro (2005). Assim:

- quando  $R$  é menor que 0,2, considera-se associação linear muito baixa;
- quando  $R$  entre 0,2 e 0,39, considera-se associação linear baixa;
- quando  $R$  entre 0,4 e 0,69, considera-se associação linear moderada;
- quando  $R$  entre 0,7 e 0,89, considera-se associação linear alta;
- quando  $R$  entre 0,9 e 1, considera-se associação linear muito alta, sendo a lógica semelhante para as correlações negativas.

O nível de significância admitido foi de 5%. O *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS] versão 17.0 foi o *software* utilizado no tratamento de dados.

#### 4.3. Aspetos Éticos

Durante todas as etapas da investigação foram assegurados os princípios éticos e legais inerentes ao seu desenvolvimento. Nesse sentido, foram salvaguardados em todos os procedimentos o respeito pela dignidade humana, a confidencialidade e o sigilo dos participantes e dos dados recolhidos.

Foi enviado o processo documental, juntamente com o requerimento de autorização para a realização do estudo, entregue ao Diretor Executivo do ACES Cávado III Barcelos/ Esposende e enviado para a Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) em 11 de outubro de 2013 (APÊNDICE II). Foi obtido parecer favorável em 4 de fevereiro de 2014 (ANEXO II).

As regras de conduta ética e a legislação em vigor na ARSN foram rigorosamente respeitadas e cumpridas em todas as etapas da investigação, garantindo-se a proteção e confidencialidade de todos os dados recolhidos junto dos participantes.

A informação passível de identificar as crianças e as mães foi protegida. Todos os dados foram informatizados em bases de dados e identificados através de números de códigos para as crianças e mães.

Os dados foram obtidos após Consentimento Informado, livre e esclarecido para a participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, em uso na ARSN (APÊNDICE V) e foi sempre considerada a vontade pessoal dos participantes para integrar o estudo.

## CAPÍTULO V - RESULTADOS

---

O objetivo deste capítulo é dar a conhecer os resultados do estudo, tendo por base a informação obtida.

Encontra-se dividido em quatro secções, seguindo a lógica dos objetivos que orientaram o estudo, sendo que, a primeira se refere aos comportamentos alimentares das mães, integrando inicialmente a descrição dos dados sociodemográficos, antropométricos e estado nutricional das mães.

Na segunda, descrevem-se os comportamentos alimentares das crianças, contextualizando as suas características sociodemográficas e antropométricas. Aqui, incluem-se ainda os resultados que se referem à associação entre o IMC da criança e os seus comportamentos alimentares.

A terceira secção remete-se ao estudo da relação entre os comportamentos alimentares da mãe e da criança.

Segue-se, por fim, a análise da associação entre o estado nutricional das mães e crianças.

### 5.1. Comportamentos Alimentares das Mães

Os resultados referem-se às 119 mães que responderam ao Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe.

Apresenta-se de seguida a caracterização sociodemográfica e antropométrica das mães para posteriormente descrever os seus comportamentos alimentares.

A idade das mães variou entre 19 e 48 anos, com média de  $33,4 \pm 4,86$  anos.

No que concerne ao nível de instrução das mães, constatou-se que 21% possui até ao 2º ciclo de escolaridade (não obtendo a escolaridade mínima obrigatória), 26,1% possui o 3º ciclo de escolaridade, 32,8% o secundário e 20,1% o ensino superior (bacharelato e licenciatura). (Tabela 3)

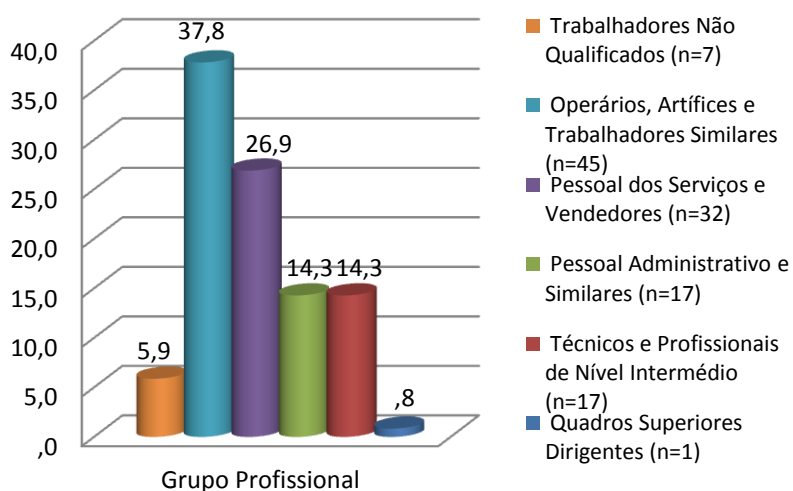
O número médio de anos de escolaridade das mães em estudo situa-se em  $10,9 \pm 3,7$  anos.

**Tabela 3 – Grupos etários e grau de escolaridade das mães (n=119)**

Grupos etários	n	%
≤24 Anos	4	3,4
25-29 Anos	18	15,1
30- 34 Anos	51	42,9
35-39 Anos	33	27,7
≥ 40 Anos	13	10,9
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>
Grau de escolaridade	n	%
1º Ciclo	1	0,8
2º Ciclo	24	20,2
3º Ciclo	31	26,1
Secundário	39	32,8
Bacharelato	3	2,5
Licenciatura	21	17,6
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

Em relação à situação profissional, 84,9% das mães encontram-se profissionalmente ativas.

Com base na Classificação Nacional de Profissões (INE, 2011), a maioria das mães (37,8%) são *Operários, Artífices e Trabalhadores similares* (Grupo 7), seguindo-se o *Pessoal dos Serviços e Vendedores* (26,9%) e o *Pessoal Administrativo e similares e Técnicos e Profissionais de nível intermédio* com 14,3% em cada grupo. O grupo profissional menos representado (0,8%) é o dos *Quadros Superiores Dirigentes*. (Gráfico 1)

**Gráfico 1 – Grupos profissionais das mães segundo classificação das profissões do INE**

Caracterização antropométrica das mães

Em relação ao estado nutricional das mães foi analisada a altura (metros), peso (Kg) e IMC. (Tabela 4)

<b>Tabela 4- Dados estatísticos antropométricos da mãe (n=119)</b>						
	<b>Mín.</b>	<b>Máx</b>	<b>Média ± desvio padrão</b>	<b>Perc 25</b>	<b>Mediana</b>	<b>Perc 75</b>
<b>PESO (Kg)</b>	<b>48,00</b>	<b>103,00</b>	<b>64,53± 11,00</b>	<b>57,00</b>	<b>61,00</b>	<b>70,00</b>
<b>ESTATURA (m)</b>	<b>1,45</b>	<b>1,78</b>	<b>1,63± 0,06</b>	<b>1,59</b>	<b>1,64</b>	<b>1,67</b>
<b>IMC</b>	<b>16,93</b>	<b>36,49</b>	<b>24,30 ± 3,69</b>	<b>21,56</b>	<b>23,51</b>	<b>26,79</b>

Relativamente ao peso, variou entre os 48,0Kg e os 103,0Kg, com média de 64,53±11,0 Kg; 25% apresentaram peso inferior a 57,0Kg e 25% superior a 70,0Kg.

Em relação à estatura, as mães apresentaram valores que variaram entre 1,45m e 1,78m, com média de 1,63 ±0,06 m.

O valor de IMC, calculado pela fórmula de *Quetelet*, variou entre 16,93 e 36,49, com média de 24,30±3,69. Para as mães foi utilizado o valor de IMC pela necessidade de se estabelecer comparações para a mesma variável na criança, como será apresentado adiante.

Para a classificação do estado nutricional da mãe, recorreu-se à classificação de peso para adultos da WHO (2000), através do valor de IMC, sendo que 26,9% apresentam pré-obesidade e 6,7% obesidade, perfazendo um total de 33,6% de mães que apresentam excesso de peso. A maioria das mães apresenta peso normal (64,7%) e 1,7% situa-se abaixo do peso normal. (Tabela 5)

<b>Tabela 5 – Classificação do peso da mãe (n=119)</b>		
<b>Classificação de peso da mãe</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Peso abaixo do normal</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>
<b>Peso normal</b>	<b>77</b>	<b>64,7</b>
<b>Pré – obesidade</b>	<b>32</b>	<b>26,9</b>
<b>Obesidade</b>	<b>8</b>	<b>6,7</b>
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

### Comportamentos Alimentares das Mães

Tal como já foi referido, o CEBQ (Viana e Sinde, 2008) avalia o comportamento alimentar ou estilo alimentar sendo que o Questionário do Comportamento Alimentar adaptado para a Mãe permite de igual forma avaliar o seu estilo alimentar.

Pela análise descritiva apresentada na Tabela 6 verificam-se os valores mínimos e máximos, média, desvio padrão e mediana para cada dimensão do comportamento alimentar da mãe (n=119).

Relativamente à dimensão *prazer em comer (EF)* os valores situaram-se entre 1,50 e 5,00, com média de  $3,05 \pm 0,73$ .

Na *sobre-ingestão emocional (EOE)* obtiveram-se valores compreendidos entre 1,00 e 4,80 e média de  $2,61 \pm 0,83$ .

Na *resposta à saciedade (SR)* os valores variaram entre 1,40 e 4,40, com média de  $2,63 \pm 0,55$ .

Para a *ingestão lenta (SE)* verificaram-se valores entre 1,00 e 4,50 e média de  $2,36 \pm 0,73$ .

No *desejo de beber (DD)*, dimensão que avalia o gosto por refrigerantes, os valores obtidos situaram-se entre 1,00 e 3,00, com média de  $1,51 \pm 0,49$ .

Para a *seletividade (FF)* obtiveram-se valores compreendidos entre 1,00 e 3,83 e média de  $2,36 \pm 0,62$ .

Na dimensão *sub-ingestão emocional (EUE)* o valor mínimo foi 1,00 e máximo de 5,00, com média de  $3,11 \pm 0,88$ .

Para a dimensão *resposta à comida (FR)* os valores situaram-se entre 1,00 e 5,00, com média de  $1,83 \pm 0,69$ .

O comportamento de *atração pela comida* que inclui: EF, FR, EOE e DD, apresentou para a mãe valor mínimo de 1,19 e máximo de 3,93, com média de  $2,25 \pm 0,54$ .

O conjunto de escalas que traduzem *evitamento da comida* que são: SR, SE, FF e EUE, para a mãe apresentaram valores compreendidos entre 1,56 e 3,98 e um valor médio  $2,62 \pm 0,44$ .

Assim, os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões EF e EUE, enquanto os mais baixos apresentaram-se no DD e FR.



**Tabela 6 – Estatísticas Descritivas Relativas ao Questionário do Comportamento Alimentar para a Mãe**

Dimensão do CEBQ	Comportamento Alimentar da Mãe		
	MIN-MÁX	MÉDIA ± DESVIO PADRÃO	MEDIANA
<i>EF</i>	1,50-5,00	3,05± 0,73	3,00
<i>Prazer em comer</i>			
<i>EOE</i>	1,00-4,80	2,61± 0,83	2,60
<i>Sobre-ingestão emocional</i>			
<i>SR</i>	1,40- 4,40	2,63± 0,55	2,60
<i>Resposta à saciedade</i>			
<i>SE</i>	1,00- 4,50	2,36± 0,73	2,25
<i>Ingestão lenta</i>			
<i>DD</i>	1,00- 3,00	1,51± 0,49	1,33
<i>Desejo de beber</i>			
<i>FF</i>	1,00- 3,83	2,36± 0,62	2,33
<i>Seletividade</i>			
<i>EUE</i>	1,00- 5,00	3,11± 0,88	3,00
<i>Sub-ingestão emocional</i>			
<i>FR</i>	1,00- 4,00	1,83± 0,69	1,60
<i>Resposta à comida</i>			
<i>Atração pela comida (EF, FR, EOE, DD)</i>	1,19- 3,93	2,25± 0,54	2,25
<i>Evitamento da comida (SR, SE, FF, EUE)</i>	1,56- 3,98	2,62± 0,44	2,62

## 5.2. Comportamentos Alimentares das Crianças

As 119 crianças participantes no estudo têm 3 anos de idade sendo que, 52,1% são do sexo feminino e 47,9% do sexo masculino.

No que se refere ao apoio institucional às crianças, 56,3% não frequentaram a creche enquanto as restantes 43,7% frequentaram. Já no que se refere à situação atual, 56,3% frequentam o jardim de infância e as restantes 43,7% não frequentam. A referir ainda que, 43,7% das crianças não frequentaram, até à data da colheita, nenhuma das instituições formais de apoio na infância. (Tabela 7)

**Tabela 7 – Frequência da creche e jardim de infância das crianças em estudo**

		Frequenta atualmente o jardim de infância					
		Sim		Não		Total	
		n	%	n	%	n	%
Frequentou a creche	Sim	39	32,8	13	10,9	52	43,7
	Não	28	23,5	39	32,8	67	56,3
	Total	67	56,3	52	43,7	119	100,0

No que se refere ao agregado familiar, predomina a família nuclear (71,4%). Segue-se o contexto familiar mais extenso, com as crianças a coabitar com os pais, irmãos e avós ou outros familiares (21,0%). As famílias monoparentais constituem 7,6% da amostra deste estudo, sendo neste caso constituídas por mãe e filhos. A maioria das mães é casada ou em união de facto (88,2%) seguindo-se divorciada/separada (8,4%).

Quanto ao número de irmãos, na sua maioria, as crianças são filhos únicos (51,3%), seguidas das que têm um irmão (43,7%), e apenas 5% têm 2 irmãos. O número de filhos do agregado familiar variou entre 1 e 3, com média de  $1,54 \pm 0,59$ . (Tabela 8)

**Tabela 8 – Composição do agregado familiar e número de irmãos das crianças**

<b>Agregado Familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Família Nuclear	85	71,4
Família extensa	25	21,0
Família monoparental	9	7,6
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>
<b>Número Irmãos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhum	61	51,3
1	52	43,7
2	6	5,0
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

#### Caracterização antropométrica das crianças

A classificação nutricional das crianças foi baseada, como referido, nas curvas de crescimento da WHO (2006). O peso, a estatura e o IMC das crianças são apresentados em função do sexo, tendo em linha de conta a variação das características de crescimento em função desta variável. (Tabela 9)

**Tabela 9 - Dados estatísticos antropométricos das crianças**

	Sexo	n	Mín.	Máx.	Média ± desvio padrão	Perc 25	Mediana	Perc 75
<b>PESO (Kg)</b>	<b>Feminino</b>	<b>62</b>	11,30	24,00	15,54 ± 2,32	14,23	15,33	16,70
	<b>Masculino</b>	<b>57</b>	12,00	25,00	16,16 ± 2,44	14,50	15,90	17,56
	<b>Total</b>	<b>119</b>	11,30	25,00	15,84 ± 2,38	14,43	15,50	17,00
<b>ESTATURA (cm)</b>	<b>Feminino</b>	<b>62</b>	81	114	96,31 ± 4,89	94	97	99
	<b>Masculino</b>	<b>57</b>	88	110	98,33 ± 4,14	95,76	98,00	101,00
	<b>Total</b>	<b>119</b>	81,00	114,00	97,28 ± 4,64	94,50	97,50	100,00
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Feminino</b>	<b>62</b>	13,85	21,43	16,69 ± 1,48	15,62	16,63	17,66
	<b>Masculino</b>	<b>57</b>	14,33	24,27	16,65 ± 1,73	15,47	16,32	17,48
	<b>Total</b>	<b>119</b>	13,85	24,27	16,67 ± 1,60	15,51	16,47	17,57
<b>IMC percentilado</b>	<b>Feminino</b>	<b>62</b>	10,10	99,99	73,11 ± 23,93	55,98	81,15	93,88
	<b>Masculino</b>	<b>57</b>	14	99,99	66,97 ± 25,44	46,00	71,60	92,10
	<b>Total</b>	<b>119</b>	10,10	99,99	70,17 ± 24,75	48,90	75,90	93,00

Relativamente ao peso, variou entre 11,30Kg e 25,00Kg com média de 15,84±2,38Kg; 25% das crianças apresentaram peso inferior a 14,43Kg e 25% superior a 17,00Kg.

Para a análise da diferença de médias de peso entre os sexos, analisou-se primariamente a homogeneidade das variâncias (teste de *Levene*). Entre os sexos não se observaram diferenças estatisticamente significativas ( $t=1,404$ ;  $df$  117;  $p=0,163$ ), ainda que os rapazes tenham apresentado medidas de peso ligeiramente superiores (16,16±2,44 Kg) às raparigas (15,54±2,32Kg).

Em relação à estatura as crianças apresentaram valores compreendidos entre 81cm e 114cm, média de 97,28±4,64cm; 25% das crianças apresentaram estatura inferior a 94,50cm e 25% superior a 100,00cm.

Entre sexos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $t=2,428$ ;  $df$  117;  $p=0,017$ ). Os rapazes apresentaram valores médios de estatura mais elevados (98,33±4,14cm) do que as raparigas (96,31±4,89cm).

O valor de IMC apresentou valor mínimo de 13,85 e máximo de 24,27, com média de 16,67 ±1,60; 25% das crianças apresentaram IMC inferior a 15,51 e 25% superior a 17,57. Para os rapazes a média foi de 16,65±1,73 e nas raparigas 16,69±1,48. A

diferença de médias do IMC entre os sexos não revelou significância estatística ( $t = -0,145$ ;  $df 117$ ;  $p=0,885$ ).

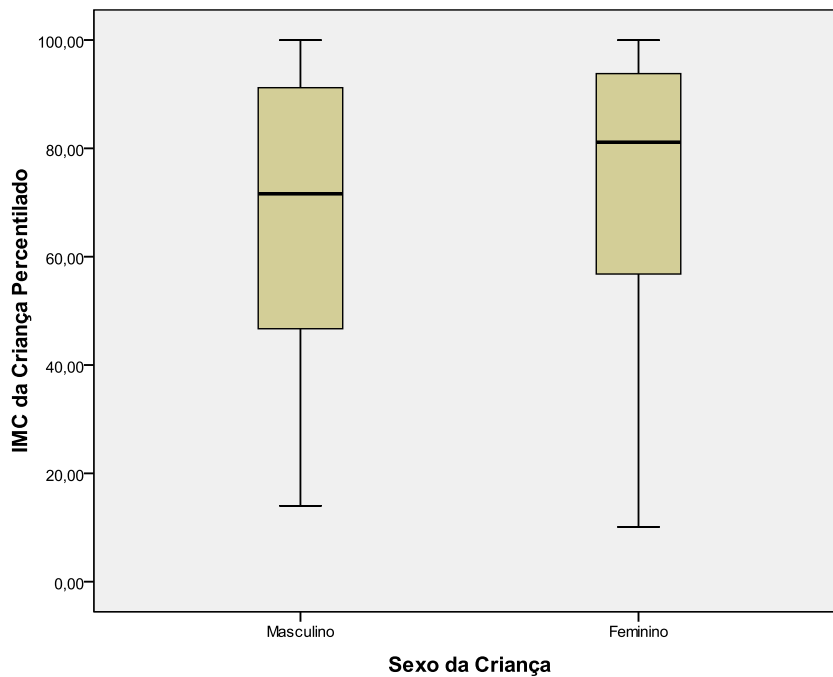
Entre os rapazes e raparigas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os valores da estatura, mas sem significância entre o peso e o IMC.

Quanto à classificação do estado nutricional, 64,7% das crianças são normoponderais, 13,4 % têm obesidade e 21,8% encontram-se no percentil para a pré-obesidade. (Tabela 10)

**Tabela 10 -Classificação do estado nutricional das crianças em função do sexo**

	Sexo da Criança					
					Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Peso Adequado	38	31,9	39	32,8	77	64,7
Pré-Obesidade	10	8,4	16	13,4	26	21,8
Obesidade	8	6,7	5	4,2	13	10,9
Obesidade Grave	1	0,8	2	1,7	3	2,5
Total	57	47,9	62	52,1	119	100

Observa-se, no entanto, que as crianças do sexo masculino apresentam uma maior percentagem de obesidade e obesidade grave, relativamente ao sexo feminino (rapazes 7,6% de obesidade e obesidade grave; raparigas 5,7% de obesidade e obesidade grave). No entanto, a pré-obesidade afeta mais as raparigas (13,4%) do que os rapazes (8,4%). Não se obteve nenhuma criança com baixo peso (IMC percentilado inferior a 3). (Gráfico2)



**Gráfico 2 – Distribuição do IMC percentilado, conforme sexo da criança**

Por não se encontrarem assegurados os pressupostos para o teste de independência do qui-quadrado, agruparam-se os casos para obesidade e obesidade grave, verificando que as diferenças de classificação de peso entre os sexos não apresentam significância estatística (teste *qui-quadrado*= 1,440; *df.* 2,  $p=0,487$ ).

### Comportamentos Alimentares das Crianças

No que se refere aos comportamentos alimentares das crianças, foram analisados através do CEBQ (Viana e Sinde, 2008). Tal como já foi referido, o questionário do comportamento alimentar (CEBQ) avalia o comportamento alimentar ou estilo alimentar de crianças, através das respostas facultadas pelas mães.

Pela análise descritiva apresentada na Tabela 11 verificam-se os valores mínimos e máximos, média, desvio padrão e mediana para cada dimensão do comportamento alimentar da criança ( $n=119$ ).

Relativamente à análise descritiva das escalas que constituem o CEBQ, para a dimensão *prazer em comer* constatarem-se valores compreendidos entre 1,50 e 4,50, com média de  $2,84 \pm 0,63$ .

Para a dimensão *sobre-ingestão emocional* os valores situaram-se entre 1,00 e 3,80, média de  $2,08 \pm 0,61$ .

Quanto à dimensão *resposta à saciedade* obtiveram-se valores compreendidos entre 1,60 e 4,80 e média de  $2,89 \pm 0,60$ .

Já em relação à *ingestão lenta* registaram-se valores, mínimo de 1,50 e máximo de 5,00, média de  $3,10 \pm 0,74$ .

No que concerne ao *desejo de beber* o valor mínimo obtido situou-se em 1,00 e o máximo de 4,67, com média de  $1,86 \pm 0,86$ .

Relativamente à dimensão *seletividade*, verificou-se valor mínimo de 1,00, máximo de 4,83 e média de  $2,84 \pm 0,72$ .

Já na dimensão *sub-ingestão emocional* os valores obtidos situaram-se entre 1,00 e 5,00, média de  $2,82 \pm 0,82$ .

Por último, a dimensão *resposta à comida* registou valores compreendidos entre 1,00 e 3,80, com média de  $1,98 \pm 0,62$ .

O comportamento de *atração pela comida* que inclui: EF, FR, EOE e DD, apresentou para a criança mínimo de 1,19 e máximo de 3,38, com valor médio de  $2,19 \pm 0,49$ .

O conjunto de escalas que traduzem *evitamento da comida* que são: SR, SE, FF e EUE, apresentaram mínimo de 1,64 e máximo de 4,36, com valor médio de  $2,91 \pm 0,46$ .

Os valores médios mais elevados observaram-se na SE e SR, enquanto os mais baixos referiram-se ao DD e FR.

**Tabela 11 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança**

Dimensão do CEBQ	Comportamento Alimentar da Criança		
	MIN-MÁX	MÉDIA± DESVIO PADRÃO	MEDIANA
<b>EF</b> <i>Prazer em comer</i>	1,50-4,50	$2,84 \pm 0,63$	2,75
<b>EOE</b> <i>Sobre-ingestão emocional</i>	1,00- 3,80	$2,08 \pm 0,61$	2,20
<b>SR</b> <i>Resposta à saciedade</i>	1,60- 4,80	$2,89 \pm 0,60$	2,80
<b>SE</b> <i>Ingestão lenta</i>	1,50- 5,00	$3,10 \pm 0,74$	3,00
<b>DD</b> <i>Desejo de beber</i>	1,00- 4,67	$1,86 \pm 0,86$	1,67
<b>FF</b> <i>Seletividade</i>	1,00- 4,83	$2,84 \pm 0,72$	2,83
<b>EUE</b> <i>Sub-ingestão emocional</i>	1,00- 5,00	$2,82 \pm 0,82$	3,00
<b>FR</b> <i>Resposta à comida</i>	1,00- 3,80	$1,98 \pm 0,62$	2,00
<b>Atração pela comida</b> <b>(EF, FR, EOE, DD)</b>	1,19- 3,38	$2,19 \pm 0,49$	2,16
<b>Evitamento da comida</b> <b>(SR, SE, FF, EUE)</b>	1,64- 4,36	$2,91 \pm 0,46$	2,85

Através da utilização do teste *t* procurou-se analisar a relação entre o comportamento alimentar e o sexo das crianças, não se verificando diferenças significativas entre sexos para todas as subescalas do CEBQ. (Tabela12)

**Tabela 12 - Diferenças de Comportamentos Alimentares por sexo das crianças**

Dimensão do CEBQ	t-test					
	Sexo da criança	n	Média ± Desvio Padrão	t	df	p
<b>Prazer na comida</b>	Masculino	57	2,88 ±0,68	0,540	117	0,591
	Feminino	62	2,81 ±0,59			
<b>Sobre-ingestão emocional</b>	Masculino	57	2,12 ±0,57	0,688	117	0,493
	Feminino	62	2,04 ±0,65			
<b>Resposta à Saciedade</b>	Masculino	57	2,84 ±0,54	-0,933	117	0,353
	Feminino	62	2,94 ±0,66			
<b>Ingestão lenta</b>	Masculino	57	3,05 ±0,79	-0,773	117	0,441
	Feminino	62	3,15 ±0,69			
<b>Desejo de beber</b>	Masculino	57	1,95 ±0,93	1,067	117	0,288
	Feminino	62	1,78 ±0,78			
<b>Seletividade</b>	Masculino	57	2,87 ±0,85	0,463	97,394	0,645
	Feminino	62	2,81 ±0,58			
<b>Sub-ingestão emocional</b>	Masculino	57	2,89 ±0,88	0,828	117	0,409
	Feminino	62	2,76 ±0,78			
<b>Resposta à comida</b>	Masculino	57	1,93 ±0,62	-0,786	117	0,434
	Feminino	62	2,02 ±0,62			

HIPÓTESE: O Índice de Massa Corporal da criança está relacionado com o seu comportamento alimentar.

Para se estudar a relação entre o comportamento alimentar da criança e o seu IMC recorreu-se à correlação de *Pearson*. (Tabela 13)

Da análise da associação observaram-se relações significativas positivas e baixas para o *prazer na comida (EF)* e *resposta à comida (FR)*; verificaram-se relações significativas negativas e baixas para a *resposta à saciedade (SR)*, *desejo de beber (DD)* e *ingestão lenta (SE)*.(Tabela13)

**Tabela 13 - Associação entre as dimensões do CEBQ e o IMC da criança (n=119)**

Dimensões do CEBQ	IMC da Criança	
	R	Sig.
EF	0,239	0,009
Prazer em comer		
EOE	0,171	0,063
Sobre-ingestão emocional		
SR	- 0,269	0,003
Resposta à saciedade		
SE	- 0,296	0,001
Ingestão lenta		
DD	- 0,192	0,037
Desejo de beber		
FF	- 0,037	0,691
Seletividade		
FR	0,208	0,023
Resposta à comida		
EUE	- 0,070	0,446
Sub-ingestão emocional		
Atração pela comida	0,112	0,227
Evitamento da comida	- 0,251	0,006

Agrupando as dimensões do estilo alimentar em comportamento de *atração pela comida* e *evitamento da comida* (Tabela 13), verifica-se a existência de relação estatisticamente significativa para o comportamento de *evitamento da comida*, sendo a correlação negativa e baixa.

### 5.3. Relação entre Comportamentos Alimentares da Mãe e da Criança

Da análise da associação entre os comportamentos alimentares da mãe e da criança constataram-se relações estatisticamente significativas e positivas entre todas as dimensões do comportamento alimentar. As correlações assumem-se baixas para todas as dimensões. (Tabela 14)

Quando utilizadas as dimensões agrupadas em comportamentos de *atração pela comida* e de *evitamento da comida*, obteve-se de igual forma relação estatisticamente significativa positiva e baixa para comportamentos de *atração pela comida* e para o *evitamento da comida*. (Tabela 14)



**Tabela 14 – Associação entre as dimensões dos comportamentos alimentares das mães e das crianças por sexo**

Dimensões dos Comportamentos Alimentares das Mães e Crianças		Total	Sexo da Criança	
			M	F
		n=119	n=57	n=62
<i>EF</i>	<i>R</i>	0,273	0,135	0,412
<i>Prazer em Comer</i>	<i>Sig.</i>	0,003	0,316	0,009
<i>EOE</i>	<i>R</i>	0,340	0,440	0,267
<i>Sobre-ingestão emocional</i>	<i>Sig.</i>	<0,001	0,001	0,036
<i>SR</i>	<i>R</i>	0,209	0,092	0,294
<i>Resposta à saciedade</i>	<i>Sig.</i>	0,023	0,497	0,020
<i>SE</i>	<i>R</i>	0,219	0,060	0,389
<i>Ingestão Lenta</i>	<i>Sig.</i>	0,017	0,657	0,002
<i>DD</i>	<i>R</i>	0,220	0,073	0,380
<i>Desejo de beber</i>	<i>Sig.</i>	0,016	0,589	0,002
<i>FF</i>	<i>R</i>	0,237	0,244	0,229
<i>Seletividade</i>	<i>Sig.</i>	0,010	0,067	0,073
<i>EUE</i>	<i>R</i>	0,370	0,465	0,306
<i>Sub-ingestão emocional</i>	<i>Sig.</i>	<0,001	<0,001	0,015
<i>FR</i>	<i>R</i>	0,302	0,252	0,348
<i>Resposta à comida</i>	<i>Sig.</i>	0,001	0,059	0,006
<i>Atração pela comida</i>	<i>R</i>	0,333	0,285	0,379
<i>(EF, FR, EOE, DD)</i>	<i>Sig.</i>	<0,001	0,032	0,002
<i>Evitamento da comida</i>	<i>R</i>	0,265	0,121	0,417
<i>(SR, SE, FF, EUE)</i>	<i>Sig.</i>	0,004	0,368	0,001

Quando analisadas separadamente as relações entre o comportamento alimentar da mãe e da criança conforme o sexo, observaram-se mais dimensões associadas no comportamento alimentar das raparigas comparativamente com o dos rapazes.

Nas raparigas, todos os comportamentos alimentares apresentam relação estatisticamente significativa positiva, exceto para a *seletividade alimentar* ( $r=0,229$ ;  $sig=0,073$ ). A associação linear verificada apresenta-se moderada para a dimensão *prazer em comer* e baixa nas restantes associações.

No entanto, nos rapazes, apenas os comportamentos de reatividade emocional (*EOE* e *EUE*) à comida têm associação estatisticamente significativa positiva e moderada.

O mesmo se verifica quando agrupados os comportamentos em *atração pela comida* que, quer para os rapazes quer para as raparigas têm relação estatisticamente significativa e baixa. Para o comportamento de *evitamento da comida* apenas se verifica relação estatisticamente significativa entre mães e crianças do sexo feminino, sendo uma relação moderada. (Tabela 14)

#### 5.4. Relação entre Índice de Massa Corporal da Mãe e da Criança

Para verificar a hipótese: *o IMC da mãe relaciona-se com o IMC da criança*, procedeu-se à utilização de medidas de associação.

Verificou-se correlação estatisticamente significativa positiva muito baixa ( $r=0,185$ ;  $sig=0,044$ ) entre o IMC das mães e o IMC das crianças. (Tabela 15)

Quando se avaliou separadamente a associação do IMC da mãe com o da criança, conforme o sexo, constatou-se que o IMC da mãe tem relação estatisticamente significativa com o IMC do filho rapaz ( $r=0,268$ ;  $sig=0,044$ ), com uma associação linear baixa, não se verificando essa associação com a filha rapariga.

**Tabela 15 - Associação do IMC da mãe e IMC da criança, por sexo**

IMC da Mãe		IMC da Criança		
		Total	Sexo Feminino	Sexo Masculino
	<i>R de Pearson</i>	0,185	0,091	0,268
	<i>Sig.</i>	0,044	0,484	0,044

## CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO

---

A alimentação, como fator determinante da saúde, tem inerentes os comportamentos e hábitos das pessoas, que são desenvolvidos desde a infância, os quais vão sofrendo influências intrínsecas e extrínsecas aos próprios indivíduos, ao longo do ciclo de vida. Os comportamentos alimentares constituem, portanto, um dos estilos de vida com grande influência na saúde, no crescimento e desenvolvimento das crianças e consequentemente no seu peso. No sentido de minimizar os riscos associados a comportamentos alimentares desajustados, a intervenção precoce carece da implementação de estratégias de Promoção da Saúde em vários níveis. A criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária e a capacitação individual e coletiva, pelo empoderamento individual e comunitário, constituem estratégias fulcrais para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida (Portugal, 2004), tendo como foco de atenção a promoção de um comportamento alimentar infantil saudável.

Enquanto atores promotores de saúde, os Enfermeiros desenvolvem um papel primordial na prevenção primária, com enfoque nos diversos contextos onde se inserem as crianças e dos fatores determinantes da sua saúde. Devem por isso, mobilizar conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação, atendendo aos recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dotará os cidadãos de conhecimentos e capacidades que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

No que concerne à Saúde Infantil, os Enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Os resultados obtidos emergem da análise de um dos primeiros contextos de influência nos hábitos e estilos alimentares das crianças. Assim, analisar a influência dos comportamentos alimentares entre as crianças e as suas mães surge como enfoque útil para a compreensão do processo complexo e multifacetado, que é o comportamento alimentar, e das suas consequências a curto e a longo prazo para a saúde (Rossi, Moreira e Rauen, 2008).

Os dados referem-se a 119 mães e crianças do concelho de Barcelos.

Relativamente à idade da mãe, variaram entre os 19 e os 48 anos, com média de  $33,4 \pm 4,86$  anos, maioritariamente com o 3º ciclo e secundário concluídos (26,1% e 32,8% respetivamente), seguida de uma percentagem significativa com baixa escolaridade (21% até ao 2º ciclo de escolaridade). Salienta-se, por outro lado, o número médio de anos de escolaridade (10,9 anos), que iguala a escolarização média feminina em Portugal, em 2011 (Justino [et.al.], 2014). De realçar a percentagem de mães que possui o ensino superior (20,1%), sendo este valor mais alto que o nacional, que aponta para 15,0%, bem como, a taxa de empregabilidade (84,9%), tendo em conta o contexto nacional atual, que apresentava, em 2013, uma taxa de desemprego de 16,2%, com uma tendência crescente (Pordata, 2014). Das mães que são profissionalmente ativas, 37,8% distribuem-se maioritariamente pelo grupo dos *Operários, Artificies e Trabalhadores similares*. Segue-se, o *Pessoal dos Serviços e Vendedores* (26,9%) e, num nível mais elevado, 28,6% das mães distribuem-se pelos grupos *Pessoal Administrativo e similares* e *Técnicos e Profissionais de nível intermédio* (14,3% em cada grupo). A caracterização das mães participantes do estudo, tanto no que se refere à idade como à escolaridade insere-se no atual contexto nacional e vai de encontro aos resultados obtidos nos estudos de Duarte (2011) e Costa (2012).

No que diz respeito à composição do agregado familiar, os dados deste estudo revelaram um cenário concordante com o contexto familiar nacional atual, com um agregado familiar pequeno, em que predomina a família nuclear (71,4%). Segue-se o contexto familiar mais extenso, com as crianças a coabitar com os pais, irmãos e avós ou outros familiares (21%), o qual tem aumentado em Portugal, podendo esta situação estar relacionada com o contexto socioeconómico que atualmente o país atravessa, sendo a família alargada, nomeadamente os avós um suporte para os cuidados e até mesmo financeiro. As famílias monoparentais constituem 7,6% da amostra, sendo constituídas pela mãe com os filhos, número inferior aos valores nacionais, que apontavam em 2013, para a existência de 10,3% de famílias monoparentais (Pordata, 2014). A análise do número de irmãos indicou que na sua maioria as crianças são filhos únicos (51,3%), seguidas das que possuem um irmão (43,7%), sendo o número médio de irmãos de 1,54 semelhante ao encontrado por Costa (2012), sendo ligeiramente superior ao valor nacional, que em 2013, era de 1,21 (Pordata, 2014).

Uma explicação para este contexto poderá assentar em causas conhecidas como a queda da natalidade e fecundidade. Esta situação assiste-se em todos os países desenvolvidos, relacionado com o desenvolvimento económico, pela baixa mortalidade infantil, pela melhoria dos serviços sociais e pelo novo *status* da mulher. O desenvolvimento económico tem levado os casais a investir mais nas suas condições de vida em detrimento de terem mais filhos. Por outro lado, a consciência da possibilidade

de ter um melhor nível de vida, leva também a ambicionar essa vida para os filhos, a qual só será viável se a família não for muito numerosa. Esta atitude é facilitada pela baixa mortalidade infantil, não sendo necessário ter muitos filhos na esperança que sobrevivam alguns, como acontecia em famílias tradicionais do passado pré-industrial (Amaro, 2014).

A melhoria do sistema de segurança social veio, por seu lado, diminuir a importância dos filhos como forma de segurança na velhice. Finalmente o novo *status* da mulher leva-a a valorizar outros aspetos da vida para além dos filhos, como atingir níveis mais elevados de instrução, ter uma carreira e ter poucos filhos (Amaro, 2014).

Das características antropométricas, salienta-se o IMC da mãe, sendo que a média obtida ( $24,30 \pm 3,69$ ) encontra-se bastante semelhante à média nacional para mulheres na faixa etária dos 30 aos 44 anos ( $24,0 \pm 3,7$ ) e para o norte do país ( $24,6 \pm 4,3$ ) (Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, 2010).

As mães em estudo apresentam uma prevalência de pré-obesidade de 26,9% e de obesidade de 6,7%, perfazendo um total de 33,6% de mães que apresentam excesso de peso, considerando os pontos de corte definidos pela WHO (2000). No entanto, a maioria das mães apresenta peso normal, com uma prevalência de 64,7% e apenas 1,7% se situa abaixo do peso. Estes resultados vão de encontro às conclusões do estudo EPACI (Rêgo, 2013), que aponta para uma elevada prevalência de excesso de peso em mães que integraram um estudo representativo nacional (25,1% pré- obesidade e 12,8% obesidade), comparando com 57,9% de mães que revela peso normal. O mesmo se constata no estudo de Costa (2012), no qual a maioria das mães (56,7%) apresentava um peso normal, 31,1% apresentava pré-obesidade e 10,2% obesidade. Ainda, neste âmbito, Carmo [*et. al.*] (2008 citado por Costa, 2012), referem que entre 1995-1998 e 2003-2005 no território nacional, a prevalência de excesso de peso em adultos de ambos os sexos, aumentou de 49,6% para 53,6%, verificando-se 47,8% das mulheres com excesso de peso.

Uma das explicações para este cenário assenta no nível socioeconómico das famílias e a sua influência nos estilos de vida, nomeadamente as escolhas e práticas alimentares. Em Portugal, as pessoas de classes socioeconómicas menos favorecidas apresentam maior prevalência de excesso de peso, associando-se ainda a esta situação o grau de instrução mais baixo e estilos de vida mais sedentários (Portugal, 2005). Uma justificação para tal, prende-se com o facto das famílias de condições sociais de níveis mais baixos poderem apresentar uma menor possibilidade ou capacidade de gestão do processo de manutenção e promoção da saúde, relacionada com o acesso a bens e serviços, nomeadamente aos bens de consumo alimentar e a padrões de exercício físico regular (Portugal, 2014b).

No que se refere às crianças, o estudo abrangeu uma amostra de 119 crianças sendo que 52,1% são do sexo feminino, revelando uma distribuição semelhante ao estudo desenvolvido por Costa (2012). Em relação ao apoio institucional às crianças, 56,3% das crianças não frequentaram a creche. Na etapa seguinte, 56,3% frequentam atualmente o jardim de infância, verificando-se que 43,7% das crianças não frequenta ou frequentou nenhum estabelecimento de apoio pré-escolar. Estes valores poderão apontar para a existência de um sistema informal de apoio à criança antes de entrada no ensino escolar, que poderá ser suportado pela família alargada, que surge como segundo maior grupo do agregado familiar das crianças participantes no estudo. Conclui-se, portanto, que a pré-escolarização das crianças em estudo apresenta um valor baixo quando comparada com a taxa bruta de pré-escolarização dos 3 anos até à entrada no 1º ciclo nacional que, em 2006, se situava em 78,4% (Pordata, 2014). As condições das famílias e os recursos da região poderão justificar estes dados, nomeadamente os baixos rendimentos das famílias associados à situação profissional das mães, o suporte da família alargada e o acesso e disponibilidade de creches e jardim de infância.

Das características antropométricas das crianças, salienta-se o IMC, sendo que o valor médio foi de  $16,67 \pm 1,60$ , oscilando entre 13,85 e 24,27. Comparando o IMC das crianças por sexo, observou-se, nos rapazes valor médio de  $16,65 \pm 1,73$  e nas raparigas média de  $16,69 \pm 1,48$ . A diferença de médias entre os sexos não revelou significância estatística. No Estudo de Prevalência da Obesidade Infantil e dos Adolescentes em Portugal Continental (Pimentel e Franco, 2011), foram encontrados valores de IMC muito semelhantes aos encontrados no presente estudo, nas crianças de ambos os sexos, apresentando os rapazes de 3 anos um IMC inferior às raparigas.

Pôde-se verificar que, 64,7% das crianças são normoponderais, 13,4% apresentam obesidade e 21,8% encontram-se no percentil da pré-obesidade. Observa-se, no entanto, que as crianças do sexo masculino apresentam uma maior percentagem de obesidade e obesidade grave, relativamente ao sexo feminino (rapazes 7,6% de obesidade e obesidade grave; raparigas 5,7% de obesidade e obesidade grave). Por outro lado, a pré-obesidade afeta mais as raparigas (13,4%) do que os rapazes (8,4%). Não se obteve nenhuma criança com baixo peso (IMC percentilado inferior a 3). Ainda que se tenham verificado estas distribuições, entre os sexos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Considerando os critérios da classificação nutricional da OMS (WHO, 2006), conclui-se que os resultados obtidos no presente estudo são semelhantes aos apresentados pelo EPACI Portugal 2012 (Rêgo, 2013), onde se obteve em crianças de 3 anos uma prevalência de pré-obesidade de 26,2% e obesidade de 7,3%. Por sua vez, o EPObIA determinou prevalências mais elevadas de excesso ponderal no total e de pré-

obesidade nas crianças, sendo de 35,5% e 23,2%, respetivamente. Também neste estudo não se verificaram diferenças significativas na prevalência de excesso de peso por sexo (Pimentel e Franco, 2011).

Estes dados alertam para a crescente prevalência de excesso de peso, nomeadamente, em idades cada vez mais precoces (Carnell e Wardle, 2008; WHO, 2012, 2014). Embora a genética possa desempenhar um papel importante na ocorrência do excesso de peso, o seu aumento deve-se, essencialmente, a um conjunto de fatores ambientais, como a alimentação e atividade física, que envolvem o contexto onde as crianças se inserem, bem como a influência exercida pela família, pares e publicidade, responsáveis por muitas atitudes e comportamentos (Ramos e Stein, 2000). Portanto, os aspetos psicossociais, afetivos, económicos e comportamentais, serão fundamentais na abordagem do excesso de peso.

No presente estudo, a sobrecarga ponderal, no que concerne à globalidade do peso excessivo e à obesidade é mais marcada no sexo feminino, tal como os resultados de Rito (2004). Contudo, a prevalência da obesidade revelou-se superior no sexo masculino, ao contrário dos estudos de Duarte (2011) e Costa (2012). No entanto, e como já referido, as diferenças de classificação de peso entre os sexos não apresentam significância estatística. Na verdade, este tema é ainda controverso. Apesar de alguns estudos não apresentarem diferenças significativas no IMC de rapazes e raparigas (O'Connor [et.al.], 2006; Nader [et.al.], 2006), muitos afirmam que, tanto em países desenvolvidos, como em vias de desenvolvimento, há proporcionalmente mais raparigas com excesso de peso do que rapazes, estando o sexo feminino associado a um IMC superior (Portugal, 2005; Keane [et.al.], 2012).

Embora este estudo reflita apenas a realidade de um grupo de crianças do concelho de Barcelos e, como tal, não podendo ser representativo da realidade regional ou nacional, o estudo EPACI (Rêgo, 2013) vem confirmar que, a nível nacional, a região norte, é a que apresenta os valores de sobrepeso e obesidade, aos 3 anos de idade, mais elevados (37,2%). Desta forma, os resultados obtidos para a obesidade são particularmente alarmantes (13,4% para rapazes e raparigas), não só pelo seu aumento, assim como, pelas consequências conhecidas a médio e a longo prazo do excesso de peso na infância. Esta prevalência da obesidade coaduna-se com o contexto mundial. O estudo do NHANES, em crianças dos 2 aos 5 anos, apresentou uma prevalência de obesidade de 12,4% (IOTF, 2006), que considera-se muito próxima da encontrada no presente estudo.

Considerando os valores de excesso de peso obtidos pode-se admitir que estas crianças irão aumentar a sobrecarga ponderal ao longo do seu processo de crescimento, se o seu estilo de vida não for modificado (Dietz, 2004 citado por Duarte, 2011).

Para tal, a influência da família é inquestionável, pelos resultados que têm sido obtidos por inúmeros estudos. Desde logo, parte-se do princípio de que a compreensão do comportamento alimentar das crianças é crucial na prestação dos cuidados de Enfermagem, realçando a necessidade da compreensão do comportamento alimentar das mães, pois a promoção de hábitos alimentares adequados nas crianças implicará intervenção no ambiente familiar (Viana, Franco e Morais, 2011).

Seguindo esta reflexão, foi analisada a associação entre os comportamentos alimentares da criança e da mãe, através do CEBQ e do Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe. Deste modo, obtiveram-se relações estatisticamente significativas e positivas entre todas as dimensões do comportamento alimentar entre a mãe e a criança, sendo que se confirma a hipótese: *o comportamento alimentar da mãe relaciona-se com o comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade*.

Agrupando as dimensões: *prazer em comer, resposta à comida, sobre-ingestão emocional e desejo de beber*, que se traduzem em comportamentos de *atração pela comida*, a mãe apresentou valor mínimo de 1,19 e máximo de 3,93, com média de  $2,25 \pm 0,54$ . Para os comportamentos de *evitamento da comida* (que se traduzem por *resposta à saciedade, ingestão lenta, seletividade e sub-ingestão emocional*) o valor médio obtido foi ligeiramente superior, sendo um valor médio de  $2,62 \pm 0,44$ , com mínimo de 1,56 e máximo de 3,98. Assim, nas mães os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões *prazer em comer* e *sub-ingestão emocional*, enquanto os mais baixos apresentaram-se no *desejo de beber* e *resposta à comida* (ambos traduzem *atração pela comida*). Destes resultados, salienta-se o *prazer em comer*, que se refere a um maior interesse pelos alimentos e a uma maior resposta às pistas externas (aroma e aspeto). Este está mais presente quanto maior a autonomia face à alimentação, relacionando-se claramente com o excesso de peso (Viana, Sinde e Saxton, 2011). Desta forma, se explica a prevalência de excesso de peso das mães participantes. Por outro lado, os valores baixos da dimensão *desejo de beber*, que avalia o desejo por bebidas açucaradas, não significa que as mães não consumam bebidas açucaradas e refrigerantes, pois as respostas das mães poderão ter sido por conveniência, tendo em conta o que é socialmente aceite.

Nas crianças, o comportamento de *atração pela comida* apresentou mínimo de 1,19 e máximo de 3,38, com valor médio de  $2,19 \pm 0,49$ . O conjunto de escalas que traduzem *evitamento da comida*, apresentaram mínimo de 1,64 e máximo de 4,36 com valor médio de  $2,91 \pm 0,46$ . Os valores médios mais elevados observaram-se na *ingestão lenta* e *resposta à saciedade*, ambos comportamentos de *evitamento da comida*. Uma explicação para os resultados obtidos relaciona-se com o facto de estas dimensões apresentarem valores mais elevados em crianças aos 3 anos, diminuindo com a idade,



segundo os autores do CEBQ. No caso particular da *resposta à saciedade*, outra explicação, prende-se com o facto das crianças mais jovens apresentarem maior eficácia no ajuste da ingestão de modo a compensar uma refeição anterior (Carnell, Wardle, 2008). Por outro lado, os valores mais baixos referiram-se ao *desejo de beber* e *resposta à comida*, ambos relacionados com comportamentos de *atração pela comida*. Estes resultados podem ser explicados tendo em conta que a *resposta à comida* aumenta com a idade, não sendo este comportamento tão presente aos 3 anos. No que se refere ao *desejo de beber*, uma menor acessibilidade das crianças a estes alimentos e menor permissividade por parte dos pais, poderão ser explicações para os valores obtidos.

Quando agrupados os comportamentos em *atração pela comida*, quer para os rapazes, quer para as raparigas, verificou-se uma relação estatisticamente significativa com o comportamento da mãe. Para o comportamento de *evitamento da comida* apenas se verificou relação estatisticamente significativa entre mães e crianças do sexo feminino.

Quando se avaliou a associação entre os comportamentos das mães e os das crianças, conforme o sexo, verificaram-se também algumas diferenças. Nas raparigas, todos os comportamentos apresentaram relação positiva, exceto para a *seletividade alimentar*. Nos rapazes, apenas os comportamentos de reatividade emocional à comida (*sobre-ingestão emocional* e *sub-ingestão emocional*) têm associação positiva com os comportamentos das mães. Estes resultados remetem claramente para o que alguns estudos comprovam, ou seja, que o comportamento alimentar das mães é significativo na influência do comportamento alimentar dos filhos, sendo este vínculo mais evidente entre mães e filhas (Ramos e Stein, 2000; Johannsen, Johannsen e Specker, 2006; Viana [et.al.], 2009).

Os resultados obtidos permitem atestar acerca das atitudes parentais em relação aos alimentos e às suas escolhas alimentares que claramente influenciam o processo de aprendizagem social das crianças e que, sob diversas formas, têm implicações no seu peso. Vários autores (Ramos e Stein, 2000; Rossi, Moreira e Rauen, 2008; Viana [et.al.], 2009) atribuem à família, nomeadamente às mães, o papel fulcral no ambiente alimentar da criança e nas experiências precoces que esta terá com os alimentos. São elas que surgem como modelos para as crianças dado que estabelecem as regras e as estratégias associadas às práticas de alimentação. Influenciam o desenvolvimento dos padrões de aceitação dos alimentos, o controlo do consumo dos mesmos e as suas preferências alimentares através dos alimentos que compram. As crianças não possuem uma capacidade inata para escolher os alimentos em função da sua qualidade e valor nutricional, pelo contrário, esta é aprendida através da experiência, da observação e da educação.

Assim, verifica-se neste estudo uma associação entre os comportamentos alimentares das mães e das crianças, quer de *atração pela comida* ou de *evitamento da comida*. Estes resultados coadunam-se com diversas explicações apontadas nos estudos de referência, tais como: através dos comportamentos que as mães apresentam durante as refeições; através das reações que demonstram ao ingerir os alimentos e das atitudes que têm para que a criança ingira os alimentos (Ramos e Stein, 2000; Viana, Santos e Guimarães, 2008); através das escolhas dos alimentos que comem, influenciadas por fatores económicos e culturais e, pela informação que dão à criança sobre os alimentos como, por exemplo, se estes são ou não saudáveis, ou têm um bom ou mau sabor (Rossi, Moreira e Rauhen, 2008).

Ao associarem-se os comportamentos alimentares das mães e das crianças com o estado nutricional associado ao IMC, conclui-se que os comportamentos de *atração pela comida* deverão ser alvo de atenção por parte dos Enfermeiros, no âmbito da educação alimentar pois, estes comportamentos poderão ter alguma influência no estatuto de peso, quer das mães, quer das crianças sendo associados a uma maior propensão para o apetite e a ingestão de alimentos mais calóricos. Por outro lado, há a referir que os comportamentos de *evitamento da comida*, nomeadamente, na relação que se verificou entre as mães e as filhas, também, devem ser alvo de atenção. A *ingestão lenta*, a *seletividade* e a *sub-ingestão emocional* refletem falta de prazer, de interesse e reação emocional de *stress* que podem restringir a ingestão de alimentos, o que conjuntamente se associa a baixo peso nas crianças (Viana, Sinde e Saxton, 2011). Uma excessiva focalização na alimentação e no excesso de peso poderá, também, ter um impacto oposto e negativo. Além do mais, comportamentos de *evitamento da comida*, poderão levar a atitudes de seletividade mórbida com implicações também elas nefastas para o crescimento e desenvolvimento das crianças e a manutenção de padrões alimentares saudáveis (Viana, Santos e Guimarães, 2008).

Saliente-se que, desde cedo, a criança aprende o significado dos alimentos, no contexto social e cultural onde está inserida, desenvolvendo as suas preferências e rejeições. Como já referido, as crianças participantes revelaram comportamentos alimentares claramente associados aos das suas mães. Isto reflete-se nas escolhas e nos seus consumos, saudáveis ou não, que continuarão a evoluir ou a modificar-se por influência de diversos fatores (Viana, Santos e Guimarães, 2008).

Aliado a este contexto, procurou avaliar-se a relação entre o Índice de Massa Corporal da criança e o seu comportamento alimentar.

Os resultados obtidos indicam que o IMC da criança está relacionado positivamente com o *prazer na comida (EF)* e a *resposta à comida (FR)*, e negativamente com a *resposta à saciedade (SR)*, a *ingestão lenta (SE)* e o *desejo de beber (DD)*.

Agrupando as dimensões do comportamento alimentar em comportamento de *atração pela comida* e *evitamento da comida*, verificou-se a existência de relação significativa negativa do IMC da criança com o comportamento de *evitamento da comida*, ou seja, quanto maior os valores relativos ao *evitamento da comida*, menor é o valor do IMC da criança.

Os resultados vão de encontro ao verificado em estudos recentes com crianças portuguesas (Cardoso, 2013; Ferreira, 2013; Lages, 2013), concluindo-se que várias das dimensões do comportamento alimentar influenciam o IMC da criança, sobressaindo a *resposta à comida* e *prazer em comer*, com relação positiva com o IMC, permitindo afirmar que quanto maior a *resposta à comida* e o *prazer em comer* maior o IMC da criança. Estes resultados podem ser explicados pelas características que se associam à *resposta à comida* e *prazer em comer*, ou seja, nestas dimensões as crianças revelam uma grande sensibilidade à comida e apetência inata por um grupo específico de alimentos, reagindo fortemente ao aspeto e aroma dos mesmos, mostrando grande interesse pelas refeições. Como consequência, e tal como é reconhecido nesta idade, verifica-se a propensão para a ingestão de alimentos com alta densidade energética que poderá contribuir para o aumento do IMC destas crianças.

Por outro lado, sabe-se que, quanto maior a *resposta à saciedade* e a *ingestão lenta*, menor o IMC da criança. Esta associação é compreensível e também verificada, dado que a *ingestão lenta* reflete desinteresse pela comida e menor envolvimento nas refeições. Por outro lado, uma boa *resposta à saciedade* permite regular o apetite mais eficazmente, promovendo o controlo do estado ponderal.

Os resultados obtidos são, assim, semelhantes aos encontrados em outros estudos (Carnell e Wardle, 2008; Viana e Sinde, 2008), que concluíram que os valores das subescalas *resposta à comida* e *prazer em comer* aumentam em função do aumento de peso da criança. Por seu lado, os valores das subescalas *resposta à saciedade*, *ingestão lenta* e *seletividade* diminuem em função do aumento de peso da criança.

Observou-se, ainda, nas subescalas de *evitamento da comida* que, valores mais elevados corresponderam a um menor IMC não se verificando essa correspondência com os comportamentos de *atração pela comida*, ao contrário do que seria esperado. Essa justificação poderá dever-se à tenra idade das crianças do atual estudo e à amostra reduzida, quando comparada com os estudos de Coelho e Pires (2014), Ferreira (2013) ou de Viana e Sinde (2008).

Perante os resultados obtidos, pode concluir-se que, as diversas dimensões integram-se em dois grupos distintos e mesmo opostos: o *prazer em comer*, a *resposta à comida* e a *sobre-ingestão emocional*, que no seu conjunto avaliam o comportamento de *atração pela comida*, contribuem para um elevado IMC nas crianças, o que se repercute

no seu estado nutricional. Enquanto, a *resposta à saciedade*, a *ingestão lenta*, a *seletividade* e a *sub-ingestão emocional*, avaliam os comportamentos de “*evitamento da comida*”, associando-se a baixo peso nas crianças. Salienta-se a sub-escala *desejo de beber*, que apresenta relação negativa com os valores de IMC das crianças, não traduzindo no presente estudo atitude de *atração pela comida*. Esta particularidade pode dever-se ao facto de ser uma amostra pequena, associando-se especificamente o comportamento de *desejo de beber* a valores mais baixos de IMC, dado que para esta dimensão, quer nas mães, quer nas crianças, foram obtidos os valores médios mais baixos na escala que mede esse estilo. A referir, ainda que, a dimensão *desejo de beber* avalia, como a designação o indica, o desejo por bebidas açucaradas e não o que realmente é consumido pelas crianças dependendo, como já referido, da acessibilidade das crianças a estes alimentos e da permissividade dos pais.

No que diz respeito à relação entre o comportamento alimentar em função do sexo das crianças, não se verificaram diferenças significativas para todas as subescalas do CEBQ. O mesmo foi encontrado no estudo de Lages (2013), ou seja, o comportamento alimentar de rapazes e raparigas não apresentou diferenças significativas, o que está de acordo com o apontado na literatura (Carnell e Wardle, 2008).

No sentido de melhor compreender a influência materna no que se refere ao estado nutricional da criança, relacionou-se o IMC das mães com o IMC das crianças, obtendo-se uma correlação estatisticamente significativa positiva. Esta situação pode estar relacionada com os efeitos de hereditariedade no peso das crianças, refletindo provavelmente características obesogénicas, ou seja, pais obesos têm grande probabilidade de terem filhos obesos.

Analisando a sua associação com o sexo da criança, constatou-se que o IMC da mãe tem relação estatisticamente significativa com o IMC do rapaz, não se verificando essa associação com a rapariga.

Nesta linha de pensamento, averiguou-se que, quando existe uma grande percentagem de mães obesas, a maioria dos seus filhos tendem, também, a serem obesos, ou por outro lado, mães com maior IMC, têm filhos com maior Z score de IMC (Viana, Franco e Morais, 2011; Keane [et.al.], 2012). Aqui, realça-se novamente a influência da mãe, na medida em que, a família e a sociedade ainda a consideram a pessoa que mais influência exerce na socialização dos filhos no domínio da alimentação (Viana e Sinde, 2003). Esta influência exercida pelas mães está relacionada com o seu papel na seleção dos produtos, confeção das refeições, modelagem de atitudes e comportamentos perante a alimentação das crianças. Assim, o peso da mãe, associado à preocupação que lhe está inerente, contribui para atitudes de controlo perante a

alimentação dos filhos que terão implicações no aumento de peso dos seus filhos (Viana, Franco e Morais, 2011; Viana *et.al.*, 2009).

De acordo com Viana, Franco e Morais (2011), quanto mais elevado o IMC das mães, mais elevado o IMC dos respectivos filhos. Também Costa (2012), corrobora o referido pois os marcadores de risco familiar, como o IMC e risco metabólico dos pais exercem efeito significativo no desenvolvimento de excesso de peso da criança, apurando que a probabilidade das crianças terem excesso de peso é cerca de duas vezes superior se a mãe tiver excesso de peso e superior a 1,7 vezes se ambos os progenitores tiverem excesso de peso. Este risco é, ainda, maior quando se observa o efeito do excesso de peso das mães no estado nutricional das filhas comparativamente aos filhos, assumindo-se este como um determinante a considerar precocemente no planeamento das intervenções de vigilância de saúde.

Contudo, neste estudo não existe associação significativa entre o IMC das mães com o IMC das filhas, verificando-se essa associação com os filhos rapazes, tal como no estudo de Johannsen, Johannsen e Specker (2006). Atendendo à literatura, estes resultados podem dever-se à influência de uma multiplicidade de fatores, tais como, comportamentais (hábitos alimentares e a atividade física), a própria influência familiar/parental e, não só aos fatores de hereditariedade. Apesar de ser espetável, o mecanismo de transgeracionalidade da obesidade infantil e juvenil, ainda não está completamente esclarecido. No entanto, existem estudos que sustentam a ideia de que a predisposição genética associada ao estado ponderal dos progenitores tem um impacto importante no peso das crianças (Viana, Franco e Morais, 2011; Costa, 2012; Keane *et.al.*, 2012).

Neste sentido, e considerando que um regime alimentar saudável constitui uma necessidade das crianças, emerge deste trabalho a sua associação com os comportamentos das mães face à alimentação, num cenário onde o excesso de peso se revelou com destaque preocupante. Assim sendo, a boa prática de cuidados nesta área passará pela inter-relação com a criança e a família, sustentada pela identificação dos comportamentos e do contexto onde se inserem, para a elaboração e execução de planos de cuidados mais adequados e eficazes.

### Limitações do estudo

A investigação dos comportamentos humanos, nomeadamente os comportamentos alimentares na infância depara-se com múltiplos fatores que os influenciam, em processos dinâmicos, multifacetados e abrangentes, não sendo possível um controlo e integração de todos eles. Assim, os resultados deste trabalho devem ser interpretados tendo em conta algumas limitações, decorrentes quer dos processos metodológicos quer da própria natureza do objeto em estudo.

No que se refere à validade externa de um estudo, equaciona-se a possibilidade da generalização dos seus resultados. Uma das limitações do presente estudo, vai de encontro a isso mesmo, dado que a amostra constituída foi reduzida, ficando a generalização dos resultados comprometida. Também, a seleção das unidades de saúde, sendo por conveniência não permite a generalização de resultados, devendo ser analisados na estrita relação com a população e o contexto em estudo.

No que se refere à colheita de dados, o CEBQ é um instrumento de autorrelato, que obriga a uma relativização dos resultados, uma vez que é frequente o efeito da desejabilidade social nas respostas a este tipo de instrumentos e quando os mesmos envolvem a revelação de comportamentos das crianças e adultos. Para minimizar este efeito, as mães foram informadas desde o início, acerca do anonimato dos questionários e do processo de codificação. Além do mais, o primeiro contacto com as mães, bem como o momento de preenchimento dos questionários decorreu na ausência da investigadora. Ainda, para minimizar o efeito da aprendizagem do questionário e as respostas por conveniência, espaçou-se o preenchimento dos dois questionários num período de tempo superior a 2 meses.

A adaptação do questionário da mãe pelo CEBQ original, foi uma opção da investigadora, sendo que, para a garantia da sua adequação e validade para este contexto, procedeu-se à aplicação do pré-teste e à análise da fiabilidade do instrumento, através dos valores do coeficiente de *alfa de Cronbach*. Além disso, a obtenção dos resultados através do mesmo, foi conseguida pelo facto de ter sido mantida a mesma estrutura para avaliar os comportamentos entre os dois grupos.

Uma outra limitação diz respeito ao facto, de apenas terem sido isolados os determinantes de influência nos estilos alimentares infantis ao nível do seu estado nutricional, do estado nutricional das suas mães e dos comportamentos alimentares de ambos baseados nos estilos alimentares. Sabe-se que existe toda uma dinâmica multifatorial em torno desta questão, nomeadamente a influência de outros familiares e

pessoas na alimentação das crianças, o contexto socioeconómico da família e outros estilos de vida, tal como a atividade física. No entanto, a escassez de estudos nacionais relativos à relação entre os comportamentos de mães e crianças, torna os resultados deste trabalho inovadores para a Enfermagem Comunitária e orientadores de futuras investigações nesta área.

## CONCLUSÕES

---

Dos hábitos e comportamentos promotores da saúde das pessoas emergem em primeira linha os hábitos alimentares (Viana, 2002). Muitos desses hábitos surgem nos primeiros anos de vida, pelo que promover hábitos alimentares saudáveis, desde cedo, contribui para um crescimento e um desenvolvimento saudáveis das crianças, bem como, a longo prazo, para a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis associadas aos estilos de vida (Aparício, 2010; Rossi, Moreira e Rauén, 2008).

Considerando o modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren e Whitehead, 2007), as consequências das doenças relacionadas com a alimentação constituem um grave problema de saúde pública, sendo que é urgente intervir nos determinantes da saúde associados aos estilos de vida atempadamente, ou seja, antes que os problemas de saúde se instalem (Pereira e Carvalho, 2006; Stanhope e Lancaster, 2011).

Os comportamentos alimentares infantis são produto de uma dinâmica complexa de múltiplos determinantes pessoais, familiares, sociais e culturais. Em particular, as influências do estilo alimentar, das crenças e dos comportamentos parentais são variáveis fulcrais no estudo dos estilos alimentares das crianças (Viana [et al], 2009).

Existem resultados acerca das atitudes parentais em relação às crianças e à sua alimentação. Destacando a influência da mãe, evidencia-se que os modelos que os pais adotam no que se refere às atitudes em relação à alimentação dos seus filhos são determinantes na formação e manutenção dos hábitos alimentares (Aparício, 2010). Várias são as orientações sobre práticas e atitudes parentais para com a criança no que se refere à sua alimentação. No entanto, pouco se intervém na mudança de comportamentos alimentares na família, nomeadamente na mãe, no sentido da adoção de estilos de vida mais saudáveis, o que de facto não é fácil, quando esses comportamentos já estão consolidados.

Assim, os objetivos do presente estudo, assentes na análise da relação entre os comportamentos alimentares das mães e das crianças com 3 anos de idade, no concelho de Barcelos, foram atingidos, bem como confirmadas as hipóteses delineadas, confluindo para a necessidade da abordagem e intervenção nos comportamentos alimentares, não



só das crianças, mas acima de tudo, daqueles que lhe servem de modelo, ou seja, as suas mães. Só seguindo esta lógica se poderão obter mudanças mais efetivas e sustentadas no que diz respeito à alimentação nos primeiros anos de vida.

Estas intervenções assumem um carácter ainda mais emergente dado que, no presente estudo foram obtidos dados de prevalência de excesso de peso preocupantes, quer nas crianças, quer nas suas mães, que vão de encontro ao cenário que se assiste em Portugal, aliando, ainda, a estreita associação positiva que se verificou entre o IMC das mães e o IMC das crianças, corroborando os resultados de vários estudos nacionais (Costa, 2012; Duarte, 2011; Pimentel e Franco, 2011). Salientam-se como resultados o excesso de peso dos pais como fator de risco e um dos determinantes mais fortes no excesso de peso infantil, sobretudo na associação com a obesidade materna.

Com este estudo verificou-se, também, a associação entre os comportamentos alimentares das crianças e os comportamentos alimentares das suas mães, apresentando-se ainda os comportamentos alimentares da criança como fator influenciador do seu estado nutricional. Estes resultados foram possíveis pela aplicação do CEBQ validado para a população infantil portuguesa por Victor Viana e Susana Sinde (2008). A sua utilização permitiu obter contributos não só a nível da investigação, nomeadamente ao nível do aprofundamento da compreensão do comportamento alimentar das crianças e das suas mães, associando-se aos diferentes estados nutricionais. Para a avaliação do comportamento alimentar das mães, foi adaptado o CEBQ original, que, após verificação da sua fiabilidade, constituiu-se apropriado para o estudo que se pretendeu realizar.

Com este trabalho comprovou-se a influência da mãe na construção dos hábitos e comportamentos alimentares nas crianças. No entanto, não se pode deixar de mencionar outros fatores que não constituíram enfoque neste estudo, mas cuja literatura reconhece a sua influência, tais como, o efeito de outros membros da família, nomeadamente o pai, as instituições de apoio à criança (creche, jardim de infância, escola), a rede social e as condições socioeconómicas e culturais, quer da família, quer do ambiente social que rodeia a criança.

Deste modo, este estudo representa um contributo para a conceptualização de novos estudos que, deverão ampliar o tamanho da amostra, assim como o contexto sociodemográfico da mesma, nomeadamente, as diferenças ao longo das idades das crianças, diferenças de etnia, estatutos económicos e culturais das famílias, de modo a melhor se esclarecerem os determinantes e as consequências dos comportamentos alimentares.

No sentido de promover comportamentos saudáveis, são necessárias, em muitas circunstâncias, mudanças na alimentação das crianças. No entanto, para que essa

mudança seja efetiva e durável é fundamental compreender de que forma as escolhas e padrões alimentares da família determinam os hábitos alimentares nas crianças (Rossi, Moreira e Rauen, 2008). A mãe sendo a pessoa de referência para os cuidados à criança (Carvalho, 2002; Leandro, 2006), emerge do presente estudo como um dos principais parceiros das intervenções da Enfermagem Comunitária na tentativa de promover hábitos alimentares mais saudáveis no seio familiar.

A orientação educacional e a intervenção deve partir do reconhecimento das forças, recursos e competências da família, colocando-a no centro das decisões, assumindo particular premência intervir com as famílias cujo contexto de excesso de peso já se verifica.

Adquirir e manter um novo comportamento requer um esforço acrescido, mais do que para manter comportamentos antigos. O papel preponderante que as mães têm na aprendizagem das escolhas e hábitos alimentares das crianças, implica que estas sejam as principais forças para a mudança de comportamentos e que para isso reconheçam a saúde como algo dinâmico que tem de ser protegido e preservado (Carvalho, 2006; Viana, 2002). Para tal, a Educação para a Saúde deve capacitá-las nesse sentido, assumindo essa responsabilidade, através da promoção da autoestima e autoconfiança, para que as mães e a família, de um modo geral, se sintam mais aptas para manter o controlo sobre a sua saúde (Carvalho, 2006).

As famílias necessitam de encontrar nos profissionais de saúde um espaço de compreensão e não de julgamento, onde existe uma consciencialização dos comportamentos de risco. Para melhorar os Cuidados de Enfermagem em contexto comunitário, e garantir a saúde e qualidade de vida das famílias, será necessário trabalhar na perspetiva da família, na construção de estilos de vida salutogénicos com efeitos positivos na redução de comportamento de risco potenciadores de comorbilidades associadas ao excesso de peso, devendo-se acreditar que a doença não é só uma experiência que envolve toda a família, mas também um problema da sociedade (Costa, 2012; Viana, 2000).

O Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde assume-se como sendo um dos mais eficazes para o planeamento das intervenções comunitárias, pois integra os diferentes níveis e fatores a considerar como determinantes no processo de saúde-doença e a sua interinfluência (Portugal, 2012; Silva 2011). Assim sendo, os Enfermeiros e as equipas de saúde na sua intervenção comunitária, devem sustentar a prestação de cuidados em processos e programas educativos ajustados, integrando a visão global da família, desde a dimensão individual e biológica das pessoas que a compõem, prolongando-os à dimensão coletiva e social, não descurando a dimensão política, cultural e económica. Aqui, salienta-se o trabalho que deverá ser desenvolvido pelos

Enfermeiros nas consultas de vigilância de Saúde Infantil, onde a sua prática não se deve centrar unicamente em informar os pais sobre o que o seu filho deve comer, mas simultaneamente sobre o comportamento alimentar dos pais/família, através de intervenções mais sustentadas e objetivas. Neste contexto, ajudar as famílias na gestão do seu plano alimentar constitui uma forma de promover comportamentos saudáveis, não descurando a articulação e referência para outros serviços e profissionais sempre que existam critérios para tal.

O papel primordial dos enfermeiros tem sido o da promoção da saúde com enfoque na prevenção primária em todas as etapas do ciclo de vida da população. No entanto, numa fase do ciclo vital tão multifacetada como é a infância, ajudar a família a alcançar transições saudáveis emerge a importância da promoção das práticas parentais adequadas por parte dos Enfermeiros.

Caberá, também, aos Enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados na Comunidade desenvolver projetos de intervenção que possibilitem a envolvimento das famílias na promoção de um estilo de vida mais saudável, projetos esses que poderão ter a participação das Autarquias, Grupos Associativos e outras instituições da comunidade.

Num nível mais abrangente, salienta-se a importância da implementação de programas de intervenção que promovam uma alimentação saudável o mais cedo possível, de forma a permitir um crescimento ótimo e a manutenção de comportamentos saudáveis ao longo da vida. Contudo, para que haja sucesso, é necessário o envolvimento de vários setores e entidades, nomeadamente, a nível governamental, da sociedade civil, do setor privado, das redes profissionais, dos meios de comunicação social e das organizações nacionais e internacionais. Das ações a promover sugerem-se, a informação, a garantia de acesso e disponibilidade às famílias de alimentos saudáveis, incluindo a fruta e os produtos hortícolas, a criação de ambientes propícios à prática de atividade física e uma maior sensibilização/formação dos profissionais de saúde, especialmente, dos Enfermeiros, que exercem funções ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

No entanto, as intervenções centradas nos diversos contextos sociais, como a promoção de estilos de vida e hábitos alimentares saudáveis, a distribuição de fruta e legumes nas escolas, o fornecimento de refeições equilibradas só resultará se consubstanciada na práxis familiar, ou seja, mudando, efetivamente, os comportamentos.

Intervir na capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis exige, assim, a contínua formação e atualização de profissionais na área da Saúde. A Enfermagem deve integrar no seu saber, a nível do corpo de conhecimentos e na prestação de cuidados, o conhecimento que vai sendo produzido sobre a criança e

família, numa relação multidisciplinar e de parceria, atentos à envolvente comunitária e às suas influências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

AMARO, Fausto- **Sociologia da Família**. Lisboa: Pactor, 2014. ISBN 978-989-693-031-8.

ANDRADE, Maria Graça M.; RAMOS, Rosário; BARROS, Luísa - Determinantes e efeitos do conhecimento nutricional dos pais: um estudo com crianças pré-escolares. *In* **14º Congresso Português de Obesidade**. Porto: Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade, 2010. p. 34-35. [Consultado 10 novembro 2013]. Disponível na: [www: <URL.http://www.speo-obesidade.pt/Files/DocsPublico/Files/Resumos%20para%20o%20site.pdf>](http://www.speo-obesidade.pt/Files/DocsPublico/Files/Resumos%20para%20o%20site.pdf).

ANTONIAZZI, Patrícia - Distúrbios alimentares e distúrbios de comunicação em crianças. *In* FISBERG, Mauro - **Obesidade na infância e na adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995.

APARÍCIO, Graça - Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. **Revista Millenium**. Viseu. ISSN: 0873-3015. Nº 38 (junho, 2010), p. 283-298.

APARÍCIO, Graça [et al.] - Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. **Revista Millenium**. Viseu. ISSN: 0873-3015 Nº 40 (junho, 2011), p. 99-113.

BANDURA, Albert - **Teoría del Aprendizaje Social**. New Jersey: Englewood Cliffs, 1977.

BENTO, Maria C. - **Cuidados e Formação em Enfermagem Que Identidade?** Lisboa: Fim de Século Edições, 2006. ISBN: 972-754-112-7.

BIRCH, I.; FISHER, J. - Appetite and eating behavior in children. **Pediatric Clinic of North America**. ISSN 0031-3955. Nº 42 (1995), p. 931-953.

BLISSETT, J.; HAYCRAFT, E. - Are parenting style and controlling feeding practices related? **Appetite**. ISSN: 0195-6663. Nº 50 (2008), p. 477-485.

BROWN, Rachael; OGDEN, Jane - Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*,

Oxford University Press. [Em linha]. Vol.19, nº.3 (2004). p. 261- 271. [Consultado 10 novembro de 2013]. Disponível na: www: <URL: <http://her.oxfordjournals.org/>>.

CALDEIRA, Suzana Nunes; VEIGA, Feliciano H. - Desenvolvimento Pessoal, Psicossocial e Moral. *In* VEIGA, Feliciano H. - **Psicologia da Educação: Teoria, investigação e aplicação: envolvimento dos alunos na escola**. Lisboa: Climepsi, 2013. ISBN 978-972-796-337-9. p. 121-177.

CANDEIAS, Vanessa [et al.] - **Princípios para uma Alimentação Saudável**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2005. ISBN: 972-675-141-1.

CARDOSO, Ana Filipa Matos - **Estado Nutricional da Criança: Influência do Comportamento Alimentar e da Cultura Organizacional**. Viseu: [s.n.], 2013. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria apresentada no Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

CARMO, Isabel do [ et al.] - Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. **Obesity reviews**. Oxford. ISSN 1467-7881. Vol.9, nº1 (janeiro, 2008), p. 11-19.

CARMO, Isabel do [et al.] - National prevalence of obesity: Prevalence of obesity in Portugal. **Obesity reviews**. Oxford. ISSN1467-7881. Vol. 7, Nº3 (agosto, 2006), p. 233-237.

CARNELL, Susan; WARDLE, Jane - Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. **The American Journal of Clinical Nutrition**. [Em linha]. ISSN 1938-3207. Vol. 88, nº1 (2008). p. 22-29 [Consultado 10 março 2014]. Disponível na: www: <URL: <http://ajcn.nutrition.org/content/88/1/22.long>>.

CARVALHO, Dina Jesus Peixoto - **Cuidar e Prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença**. Braga: [s.n.], 2002. Tese de Mestrado em Sociologia da Saúde apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, 2002.

CARVALHO, Graça Simões - Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. *In* PEREIRA, Beatriz Oliveira; CARVALHO, Graça Simões de - **Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda., 2006. ISBN 972-757-423-8. p.19-37.

CATTANEO A. [et al.] - Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. **Obesity reviews**. Oxford. ISSN 1467-7881. Nº 11 (2009), p. 389-398.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **Childhood Obesity Facts, Prevalence of Childhood Obesity in the United States, 2011-2012**. [Em linha]. Atlanta: CDC, 2012a. [Consultado 3 março 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>](http://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **National Center for Health and Statistics. Clinical Growth Charts**. [Em linha]. Atlanta: CDC, 2000. [Consultado 2 abril 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical\\_charts.htm>](http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- **Understanding Child Maltreatment. National Center for Injury Prevention and Control**. [Em linha]. Atlanta: CDC, 2012b. [Consultado 9 dezembro 2013]. Disponível na: [www: <URL: http://www.cdc.gov/violencePrevention/pdf/CM\\_Factsheet2012-a.pdf>](http://www.cdc.gov/violencePrevention/pdf/CM_Factsheet2012-a.pdf).

CHORDAS, Christine - Promoção da saúde de crianças de 1 a 3 anos e de sua família. *In* HOCKENBERRY, Marilyn J. [et al.] - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Mosby, 2006. ISBN 85-352-1978-8. p. 415-489.

COELHO, Helena; PIRES, António – Relações Familiares e Comportamento Alimentar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília. ISSN 0102-3772. Vol.30, nº1 (janeiro-março, 2014), p. 45-52.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: do original «ICNP Version 2: International Classification for Nursing Practice**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

CORDEIRO, Mário - **O livro da criança dos 1 aos 5 anos**. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2012. ISBN: 978-989-626-363-8.

COSTA, Maria G. Aparício - **Obesidade Infantil: Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências**. Aveiro: [s.n.], 2012. Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde apresentada na Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Saúde.

CRESSON, Geneviève - **Le Travail Domestique de Santé: analyse sociologique**. Paris: Éditions L'Harmattan, 1995.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret - **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007.

DECRETO-LEI nº 413/71. DR I Série. 228 (1971/09/27) 1406-1434.

DENHAM, S. - Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. **Journal of Family Nursing**. Canada. ISSN 1074-8407. Nº 9 (2003), p. 305-330.

DOMINGUEZ-VÁSQUEZ, P.; OLIVARES, S.; SANTOS, J. L. - Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. **Archivos Latino americanos de Nutricion**. Caracas. ISSN 0004-0622. Vol. 58, nº 3 (2008), p. 249-255.

DUARTE, Maria. E.B. - **Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Criança em Idade Pré-Escolar**. Lisboa: [s.n.], 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada na Universidade de Lisboa.

ELFHAG, K.; TYNELIUS, P.; RASMUSSEN, F. - Sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks in association to restrained, external and emotional eating. **Physiology & Behavior**. USA. ISSN: 0031-9384 Vol. 91, nº2-3 (2007), p. 191-195.

FERNANDES, Márcia - **Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica na Obesidade Infantil ao nível do auto-conceito, das estratégias de coping e do comportamento alimentar das crianças e dos pais**. Braga: [s.n.], 2011. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada na Universidade do Minho.

FERREIRA, Inês - **Influência dos Comportamentos Alimentares e do Estatuto Socioeconómico na Prevalência da Obesidade numa População Infantil**. Covilhã: [s.n.], 2013. Tese de Mestrado em Medicina apresentada na Universidade da Beira Interior: Ciência da Saúde.

FERREIRA, Joana - **Prevalência de Obesidade Infanto-Juvenil. Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental**. Lisboa: [s.n.], 2010. Tese de Doutoramento em Saúde Pública apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa..



FIGUEIREDO, Maria Henriqueta - **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-83-7.

FORD-GILBOE, Marilyn - Developing Knowledge about Family Health Promotion by Testing the Developmental Model of Health and Nursing. **Journal of Family Nursing**. [Em linha]. ISSN 1552-549X. Vol. 8 (maio, 2002), p.140-156. [Consultado 10 dezembro 2013] Disponível na: www: <URL: <http://jfn.sagepub.com/content/8/2/140.full.pdf>>.

GEORGE, Julia - **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à Prática Profissional**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2.

GOMES, Susana [et al.] - Obesidade em idade pré-escolar - cedo demais para pesar demais! **Revista Acta Médica Portuguesa**. Lisboa. ISSN 0870-399X. Vol.23, nº3 (2010), p. 371-378.

GRAÇA, Pedro; GREGÓRIO, Maria João - A Construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Aspectos Conceptuais, Linhas Estratégicas e Desafios Iniciais. **Revista Nutricias**. ISSN: 2182-7230. Nº18 (2013), p.6-9.

GUERRA, António [et al.] - Alimentação e nutrição do lactente. **Acta Pediátrica Portuguesa**. ISSN 0873-9781. Vol. 43, nº 5 (2012), p. 17-40.

HANSON, Shirley M.H. - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. 2ª Ed. Camarate: Lusociência., 2005. ISBN 972-8383-83-5.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar- **Metodologia de Pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN 85-8680493-2.

HUPKENS, Christianne L. H. [et.al] - Class differences in the food rules mothers impose on their children: a cross-national study. **Social Science & Medicine**. USA. ISSN 0277-9536. Vol. 47, nº9 (1998), p.1331-1339.

INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE (IOTF) - **Prevalence of Obesity Among U.S. Children and Adolescents (Aged 2–19 Years)**. National Health and Nutrition Examination Surveys, 2006. [Consultado em julho 2014] Disponível na: www: <URL: <http://www.worldobesity.org/>>.

JACOBY, Enrique [et al.] - Social Class, family, and life- style factors associated with overweight and obesity among adults in Peruvian cities. **Preventive Medicine**. ISSN: 0091-7435. Nº 37 (2003), p.396-405.

JANSEN, Pauline W. [et al.] - Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. [Em linha]. United Kingdom. ISSN 1479-5868. Vol.9, nº130 (2012) [Consultado julho 2014] Disponível na: [www: <URL: http://www.ijbnpa.org/content/9/1/130>](http://www.ijbnpa.org/content/9/1/130).

JOHANNSEN, D.L.; JOHANNSEN, N.M. ; SPECKER, B.L. - Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. **Obesity (Silver Spring)**. United States. ISSN 1930-7381 Vol.14, nº3 (2006), p. 431-439.

JUSTINO, David [et. al.]- **Atlas da Educação: Contextos sociais e locais do sucesso e insucesso Portugal 1991/2012**. Lisboa: CESNOVA, 2014.

KEANE, Eimear [et.al.] - Measured parental weight status and familial socio-economic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. **PloS One**. [Em linha]. Vol.7, nº8 (2012). [Consultado 23 agosto 2014] Disponível na: [www: <URL: http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0043503>](http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0043503).

KÉROUAC, Suzanne [et.al.] - **El Pensamiento Enfermero**. Barcelona: Masson, SA, 1996. ISBN 2-7607-0584-6.

KLESGES , Robert C. [et al.] - Parental influence on food selection in young children and its relation- ships to childhood obesity. **The American Journal of Clinical Nutrition**. [Em linha]. ISSN 1938-3207. Vol.53, nº4 (1991), p. 859-864. [Consultado 10 março 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://ajcn.nutrition.org/content/53/4/859.full.pdf+html?sid=c583b593-2971-4a01-bed9-a25be9a9e5ec>](http://ajcn.nutrition.org/content/53/4/859.full.pdf+html?sid=c583b593-2971-4a01-bed9-a25be9a9e5ec).

KLESGES , Robert C. [et al.] - Parental influences on children's eating behavior and relative weight. **Journal Of Applied Behavior Analysis**. Florida. ISSN 1938-3703. Vol.16, nº4 (1983), p.371-378.

LAGES, Sara - **Relação entre a aceitação das refeições escolares e a percepção dos pais sobre o comportamento alimentar dos filhos**. Porto: [s.n.], 2013. Tese de Mestrado em Alimentação Coletiva apresentada na Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

LEANDRO, Maria Engrácia - A complexa relação entre solidariedades familiares e solidariedades públicas. A saúde e os idosos no centro do debate. *In* COSTA, Manuel da Silva e LEANDRO, Maria Engrácia - **Participação, Saúde e Solidariedade – Riscos e desafios**. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, 2006. ISBN 9789729854149. p. 137-150.

LEANDRO, Maria Engrácia - A saúde no prisma dos valores da modernidade. *In* **Trabalhos de Etnologia e Antropologia**. 2001 Vol.41 (3-4), p.67-93.

LEANDRO, Maria Engrácia [et al.] - A Família, um actor informal de saúde. *In* COSTA, Manuel da Silva e LEANDRO, Maria Engrácia - **Participação, Saúde e Solidariedade – Riscos e desafios**. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, 2006. ISBN 972-98541-4-9. p.183-198.

LEANDRO, Maria Engrácia; MACHADO, José e GOMES, Ricardo – Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas. *In* PEREIRA, Maria da Graça - **Psicologia da Saúde Familiar: aspectos teóricos e investigação**. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-286-0. p. 267-294.

LOPES, Maria; CATARINO, Helena; DIXE, M. Anjos - Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série nº1 (julho, 2010), p. 109-118.

LOPES, Sara; RITO, Ana - Avaliação da evolução de pré-obesidade e obesidade em crianças em idade pré-escolar e escolar. **Nutricias**. Porto. ISSN 1645-1198. Nº9 (2009), p.13-14.

LOURENÇO, Orlando Martins - **Psicologia de desenvolvimento cognitivo – teoria, dados e implicações**. Coimbra: Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-1801-0.

MACÍAS GUTIÉRREZ, Bernardo E. ; AROCHA HERNÁNDEZ, José L. - **Salud Pública y Educación Para La Salud**. Las Palmas: ICEPSS Editores, S.L, 1996. ISBN: 84-89151-05-9.

MAFFEIS, Claudio – Perfil de crescimento dos zero aos três anos: implicações na saúde futura. *In* **Alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida: a propósito do EPACI Portugal 2012**. Lisboa: [s.n.], 2013, p. [8].

MANFRINI, Gisele; BOEHS, Astrid - Cuidando as Famílias Rurais na Perspectiva do Desenvolvimento da Família. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. [Em linha]. ISSN

1984-7513 Vol. 4, nº 3 (2005), p.213-223. [Consultado 10 março 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5199/3356>](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5199/3356).

MAROCO, João - **Análise Estatística com utilização do SPSS**. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2010. ISBN 978-972-618-452-2.

MEIRELES, Ana C. – **Declaração de Alma-Ata e Carta de Ottawa: O que trouxeram de novo à prática da Saúde Pública**. [Diapositivos].Braga: Portal de Saúde Pública, 2008. 45 diapositivos.

MELEIS, Afaf -**Theoretical nursing: Development and progress**. 3ª Ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2007.ISBN 0-7817-3673-0.

MOREIRA, P. [*et.al.*]- Maternal weight gain during pregnancy and overweight in Portuguese children. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. **International Journal of Obesity**. [Em linha] London. Vol.31, nº4 (2007), p. 608-614. [Consultado 10 março 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17384661>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17384661).

NADER, P.R [*et.al.*] - Identifying risk for obesity in early childhood. **Pediatrics**. [Em linha]. ISSN 0031-4005. Vol. 118, nº3 (2006), p.594-601. [Consultado 10 março 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://pediatrics.aappublications.org/content/118/3/e594.full.pdf>](http://pediatrics.aappublications.org/content/118/3/e594.full.pdf).

NAVALPOTRO, Lourdes [*et.al.*] - Area-based socioeconomic environment, obesity risk behaviours, area facilities and childhood overweight and obesity: socioeconomic environment and childhood overweight. **Preventive Medicine**. [Em linha]. ISSN:0091-7435. Vol. 55, nº2 (2012), p.102-107. [Consultado 10 julho 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743512002125>](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743512002125).

NELSON, Jennifer A.; CARPENTER, Kathleen e CHIASSON, Mary A. – Diet, Activity, and Overweight Among Preschool-Age Children Enrolled in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). **Preventing Chronic Disease**. Atlanta. [Em linha]. ISSN 1545-1151. Vol. 3, nº2 (abril, 2006) [Consultado 10 julho 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05\\_0135.htm>](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0135.htm).

NOGUEIRA, Helena [*et al.*] - Perceção parental do ambiente de residência e obesidade infantil no Distrito de Coimbra. **Antropologia Portuguesa**. Coimbra. ISSN 2182-7982. Vol. 29 (2012), p.97-111.

NUNES, Berta – **O saber médico do povo**. Lisboa: Edições Fim de Século, 1997. ISBN 978-972-754-10-03.

O'CONNOR, T.M.; YANG, S.J.; NICKLAS, T.A. - Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. **Pediatrics**. [Em linha]. ISSN 0031-4005. Vol.118, nº4 (2006), p.1010-1018. [Consultado 10 julho 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://pediatrics.aappublications.org/content/118/4/e1010>](http://pediatrics.aappublications.org/content/118/4/e1010).

OGDEN, Jane- **The psychology of eating: From healthy to disordered behavior**. 2ª Ed. US/UK: Blackwell Publishing, 2011. ISBN 978-1-4051-9121-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Especialidades em Enfermagem. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. Nº5 (janeiro, 2002), p.14-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Vol. 1, nº3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b. ISBN 978-989-8444-004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, novembro, 2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais** . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, agosto, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR**. [Em linha]. USSR: WHO, 1978. [Consultado 10 julho 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html>](http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion**. [Em linha]. Ottawa: WHO, 1986.

[Consultado 10 julho 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charterhp.pdf>](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charterhp.pdf).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Officials Records of the World Health Organization**. Nº 2. [Em linha]. Geneve: Organização Mundial da Saúde, 1948. [Consultado 10 julho 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf>](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Relatório do encontro internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas**. Adelaide: Organização Mundial da Saúde, 2010. ISBN 978 92 4 859972 9.

PADEZ, C. [et.al.] - Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9 – Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970–2002. **American Journal of Human Biology**. ISSN 1520-6300. Vol. 16, nº6 (2004), p.670–678.

PAPALIA, Daine; OLDS, Sally, W.; FELDMAN, Ruth D. - **O mundo da criança**. São Paulo. McGraw Hill, 2009. ISBN 9788577260416.

PAÚL, Constança; Fonseca, António M. – **Psicossociologia da Saúde. Manuais Universitários**. Lisboa: Climepsi, 2001.

PEREIRA, Beatriz Oliveira; CARVALHO, Graça Simões de - **Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda, 2006. ISBN 972-757-423-8. p. 19-37.

PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN 972-618-391-X.

PESTANA, Vera [et al.] - Guia orientador de boa prática: promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. *In* ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Ordem dos Enfermeiros, Vol. 1 (2010). ISBN: 978-989-8444-00-4. p.67-106.

PIMENTEL, Adelma; FRANCO, Vítor (coord.) - **Diálogos dentro da Psicologia, contributos da investigação luso- brasileira em psicologia social, clínica e educacional**. Portugal: Edições Aloendro, 2011. ISBN 978-989-8408-02-0.

PORDATA - Base de dados de Portugal Contemporâneo. [Em linha]. Lisboa: Pordata, 2010. [Consultado 10 agosto 2014]. Disponível na: [www: <URL: http://www.pordata.pt >](http://www.pordata.pt).

PORTUGAL, Administração Regional De Saúde Do Norte - **Perfil Local de Saúde 2014 ACES Barcelos/Esposende**. Porto: ARS Norte, I.P., 2014a.

PORTUGAL, Direção- Geral da Saúde – Obesidade Infantil. Viver Saudável. Conselhos para os pais. **Plataforma Contra a Obesidade**. [Em linha] [2014b]. [Consultado em 27 agosto 2014]. Disponível na [www: <URL: http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos00.aspx?menuid=198&exmenuid=198&SelMenuId=198 >](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos00.aspx?menuid=198&exmenuid=198&SelMenuId=198).

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (INE) – Base de dados. [Em linha]. Lisboa: INE, 2013. [Consultado 10 dezembro 2013]. Disponível na: [www: <URL: http://www.ine.pt>](http://www.ine.pt).

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (INE) – **Classificação Portuguesa das Profissões**. Lisboa: INE, I.P. 2011. ISBN 978-989-25-0010-2.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção- Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2012/2016**. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012a. [Consultado em 27 dezembro 2013]. Disponível na [www: <URL: http://pns.dgs.pt/ >](http://pns.dgs.pt).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção- Geral da Saúde - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável**. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2012b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Norma da Direção-Geral da Saúde N.º 010/2013 de 31/05/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Normativa Nº: 03/DGCG de 17/03/05**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2005. ISBN 972-675-128-4.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde - **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2004.

RAMOS, Maurem; STEIN, Lilian M. - Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. ISSN 1678-4782. Nº 76, Supl.3 (2000), p. S229-S237.

RAMOS, Natália - **Psicologia Clínica e da Saúde**, Lisboa: Universidade Aberta, 2004. ISBN: 978-972-67 4436-8.

REGA Ana Isabel Alter - **O comportamento alimentar e o desenvolvimento da linguagem em crianças nascidas pré-termo. Estudo longitudinal com recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de termo ao longo dos primeiros 30 meses de vida**. Lisboa: [s.n.], 2012. Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde apresentada na Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

RÊGO, Carla – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil: EPACI Portugal 2012. [Diapositivos]. **In Alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida: a propósito do EPACI Portugal 2012**. Lisboa: [s.n.], 2013. 45 diapositivos.

REIS, Joaquim C. – **O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde**. Lisboa: Vega, 2005. ISBN 972-699-810-7.

RITO, Ana - **Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010, Boletim Epidemiológico. Artigos breves nº3**. Lisboa: INSA, I.P., 2012.

RITO, Ana Isabel [et al.] - **Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Direção-Geral da Saúde, 2011. ISBN: 978-972-8643-60-7.

RITO, Ana Isabel Gomes - **Estado Nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra, Portugal, 2001**. [Em linha]. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004. Tese de Doutoramento em Saúde Pública apresentada na Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. [Consultado 27 dezembro 2013]. Disponível na www: <URL: <http://bvssp.cict.fiocruz.br/pdf/ritoagid.pdf>>.

RODRIGUES, Eliana Andreia Gomes da Silva - **O Comportamento Alimentar, o Autoconceito e a Obesidade Infantojuvenil**. Braga: [s.n.], 2011. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada na Universidade do Minho, Escola de Psicologia.

ROSSI, A., MOREIRA, E.; RAEUEN, M. - Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista Nutrição**. [Em linha]. Universidade Católica de Campinas. ISSN 1415-5273. Vol. 21, nº 6 (2008), p. 739-748. [Consultado 27



dezembro 2013]. Disponível na [www: <URL:http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf >.](http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf)

SANTOS, Inês - **Obesidade e ingestão nutricional em crianças portuguesas dos dois aos cinco anos de idade**. Lisboa: [s.n.], 2010. Tese de Mestrado em Dietética e Nutrição apresentada na Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.

SERRA-MAJEM, Luís [et al.] - Determinants of nutrient intake among children and adolescents: results from the enKid Study. **Annals of Nutrition & Metabolism** (European Journal of Nutrition, Metabolic Diseases and Dietetics).ISSN 0250-6807. Vol. 46, Suppl. 1 (2002), p. 31-38.

SILVA, Isabel; PAIS-RIBEIRO, J.L.; CARDOSO, Helena - **Porque comemos o que comemos: Determinantes psicossociais da seleção alimentar**. **Psicologia, Saúde & Doenças**. ISSN 1645-0086. Vol.9, nº 2 (2008), p. 189-208.

SILVA, Luísa Ferreira - **Saber prático de saúde – as lógicas do saudável no quotidiano**. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

SILVA, Vera Lúcia Marques - Os determinantes sociais da saúde e o projeto Família Saudável: possibilidades e limites. **VÉRTICES**. Rio de Janeiro. Vol. 12, nº 2 (2011), p. 61-79.

SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado - Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, Vol.19, nº1 (2010), p.35-47.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO - Estudo Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa. [Diapositivos]. **In 8º Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação**. Porto: [s.n.], 2010. 9 diapositivos.

SOUSA, Maria - **Promoção da alimentação saudável em crianças em idade escolar: estudo de uma intervenção**. Lisboa: [s.n.], 2009. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada na Universidade de Lisboa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª Ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1.

TINOCO, Rui - Autonomia e comportamentos alimentares: uma leitura desenvolvimental. In **PASSE – Programa Alimentação de Saudável em Saúde Escolar**. [Em linha]. Porto: ARS Norte, IP., [s.d.] [Consultado 20 dezembro 2013]. Disponível na www: <URL: [http://www.passe.com.pt/public/upload/pdf/saude/autonomia\\_e\\_comportamentos\\_alimentares.pdf](http://www.passe.com.pt/public/upload/pdf/saude/autonomia_e_comportamentos_alimentares.pdf)>.

TRAVÉ, T. Durá - Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. **Revista Nutrición Hospitalaria**. ISSN 0212-1611. Vol. 21, nº3 (2006), p 307-312.

VASQUES, Catarina [et al.] - Prevalence of overweight/obesity and its association with sedentary behavior in children. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Nº 31 (dezembro de 2012), p. 783-788.

VENTURA, Alison K.; BIRCH, Lean L. - Does parenting affect children's eating and weight status? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. [Em linha]. United Kingdom. ISSN 1479-5868. Vol.5, nº15 (2008) [Consultado 3 setembro 2014] Disponível na www: <URL: <http://www.ijbnpa.org/content/5/1/15>>.

VEREECKEN, Carine A.; KEUKELIER, Els; MAES, Lea - Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. **Appetite**. ISSN: 0195-6663. Nº 43 (2004), p. 93-103.

VIANA, Victor - Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. 4, nº 20 (2002), p. 611-624.

VIANA, Victor [et. al.] - Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. **Revista Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação**. [Em linha]. Vol. 15, nº1 (2009), p.9-16. [Consultado 6 junho 2014] Disponível na www: <URL: <http://www.itaupdfs.com/alimentacao/comp-alimentar-2009.pdf>>.

VIANA, Victor; FRANCO, Tânia; MORAIS, Cecília - O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. **Psicologia, Saúde & Doenças**. ISSN 1645-0086. Vol.12, nº 2 (2011), p.267-279.

VIANA, Victor; SANTOS, Pedro L.; GUIMARÃES, Maria J. - Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**. ISSN 1645-0086. Vol.9, nº 2 (2008), p.208-231.

VIANA, Victor; SINDE, Susana - Estilo Alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**. ISSN 0873-4976. Vol.8, nº1 (2003), p. 59-71.

VIANA, Victor; SINDE, Susana - O comportamento alimentar em crianças: adaptação e validação de um questionário para a população portuguesa (CEBQ). **Revista Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. 26, nº1 (2008), p.111-120.

VIANA, Victor; SINDE, Susana; SAXTON, Jennifer - O Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ). In MACHADO, Carla [et. al.] (Eds.) - **Instrumentos e Contextos de Avaliação Psicológica**. Coimbra: Almedina, 2011. Vol. I, p. 145-157.

WILSON, David - Promoção da saúde do pré-escolar e de sua família. In HOCKENBERRY, Marilyn J. [et al.] - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Mosby, 2006. ISBN 85-352-1978-8. p. 417-432.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Concepts and Principles of Health Promotion**. Copenhagen: WHO, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: World Health Organization, 21 outubro de 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916**. Geneva: World Health Organization, 2003. ISBN 92 4 120916 X.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action**. Geneva: World Health Organization, 2014b. ISBN 9789241506908.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: World Health Organization, 2009. ISBN 978 92 4 159749 4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Obesity and overweight**. Fact sheet N°311. [Em linha].WHO, 2014a. [Consultado 24 junho 2014]. Disponível na www: <URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation**. WHO Technical Report Series, 894. Geneva: WHO, 2000. ISBN: 92 4 120894 5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Population-based approaches to childhood obesity prevention**. Geneva: World Health Organization, 2012. ISBN 978 92 4 150478 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age: methods and development**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006. ISBN 92 4 154693 X.

WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen - **Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3ª Ed. São Paulo: Roca, 2002. ISBN 85-7241-346-4.

## APÊNDICES

Apêndice I – Pedido e autorização ao autor do Questionário do  
Comportamento Alimentar da Criança

Apêndice II – Pedido enviado para Comissão de Ética para a Saúde da  
ARSN

Apêndice III – Questionário do Comportamento Alimentar adaptado para a  
Mãe



#### Apêndice IV – Instruções para a Avaliação Antropométrica

Apêndice V – Modelo do Consentimento Informado para a Participação em  
Investigação

## ANEXOS

## Anexo I - Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ)

Anexo II – Parecer de autorização da Comissão de Ética para a Saúde da  
ARSN

---

## Solicitação do Questionário do Comportamento Alimentar da criança

4 mensagens

---

**Elsa Leiras** <elsavaleleiras@gmail.com>

15 de Maio de 2013 às 17:41

Para victorviana@fcna.up.pt

Boa tarde, Dr Victor Viana,

Tenho consultado vários artigos e trabalhos por si realizados pois encontro-me a realizar Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo iniciado a elaboração do Projeto de tese com a questão: Qual a influência do comportamento alimentar das mães no comportamento alimentar das crianças com 2 anos?. Parti de uma ideia primária relacionada com o excesso de peso e obesidade que se instala até aos 6 anos de idade e neste momento optei por me centrar apenas na influência do comportamento alimentar das mães, nas crianças que apresentam aos 2 anos excesso de peso ou obesidade.

O estudo irá ser realizado no ACES Cávado III Barcelos/Esposende, local onde trabalho, sob a orientação do Professor Luís Graça do IPVC.

Neste sentido, venho solicitar o questionário do Comportamento Alimentar da Criança pois as dimensões que inclui assentam nos objetivos do meu trabalho e na pertinência para a intervenção na prática de Enfermagem. Agradeço desde já o seu contributo para este trabalho.

Caso seja necessário enviar-lhe-ei o meu projeto que ainda não está concluído.

Atentamente, com os melhores cumprimentos,

Elsa Maria do Vale Leiras

---

**victorviana@fcna.up.pt** <victorviana@fcna.up.pt>

15 de Maio de 2013 às 20:35

Para Elsa Leiras <elsavaleleiras@gmail.com>

Cara Enfa. Elsa Leiras

Anexo o CEBQ e um texto onde poderá ver os procedimentos de cotação do questionário.

Votos de bom trabalho

Victor Viana PhD  
Professor Associado  
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação  
Universidade do Porto  
Rua Dr. Roberto Frias,  
4200-465 Porto PORTUGAL

[Citação ocultada]

---

### 2 anexos



**CEBQ Questionário do Comportamento Alimentar.pdf**

56K



**CEBQ Instrumentos e Contextos.pdf**

308K

---

**Elsa Leiras** <elsavaleleiras@gmail.com>

15 de Maio de 2013 às 21:57

Para victorviana@fcna.up.pt

Dr Victor Viana,  
Agradeço a sua disponibilidade.  
Atentamente  
Elsa Leiras

No dia 15 de Maio de 2013 às 20:35, <[victoriana@fcna.up.pt](mailto:victoriana@fcna.up.pt)> escreveu:  
[Citação ocultada]

---

**Elsa Leiras** <[elsavaleleiras@gmail.com](mailto:elsavaleleiras@gmail.com)>  
Para LUIS GRAÇA <[luisgraca@ess.ipvc.pt](mailto:luisgraca@ess.ipvc.pt)>

19 de Setembro de 2013 às 21:05

----- Mensagem encaminhada -----

De: <[victoriana@fcna.up.pt](mailto:victoriana@fcna.up.pt)>

Data: 15 de Maio de 2013 às 20:35

Assunto: Re: Solicitação do Questionário do Comportamento Alimentar da criança

Para: Elsa Leiras <[elsavaleleiras@gmail.com](mailto:elsavaleleiras@gmail.com)>

[Citação ocultada]

---

## 2 anexos



**CEBQ Questionário do Comportamento Alimentar.pdf**

56K



**CEBQ Instrumentos e Contextos.pdf**

308K

Elsa Maria do Vale Leiras  
Rua José Leiras Fonseca, Nº160  
4750-415 Couto  
Barcelos

**Ex.mo Diretor Executivo do ACES Cávado III  
Barcelos/Esposende,  
Dr. Francisco Pereira**

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização do estudo de investigação.

Eu, Elsa Maria do Vale Leiras, a exercer funções como enfermeira no ACES Cávado III Barcelos/Esposende desde 3 de Novembro de 2005, atualmente integrada na USF Senhora da Lapa venho, por este meio, solicitar autorização para a realização de um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ano letivo 2013/2014), sob a orientação do Professor Doutor Luís Graça e co-orientação da Professora Maria Fátima Franco.

O trabalho de investigação assenta na *relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade* inscritas nas unidades de saúde do ACES Cávado III, da região norte do concelho de Barcelos.

Para o efeito, apresento o processo documental segundo o Documento-guia sobre a análise de projetos de investigação clínica por uma Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2012-2014).

Estando disponível para qualquer esclarecimento, agradeço desde já a Sua disponibilidade para a concretização deste estudo.

Peço deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

---

Elsa Maria do Vale Leiras

Barcelos, 11 de outubro de 2013.

**Anexo:** Processo documental para autorização de uma investigação, composto por 44 folhas.



## Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe

Adaptado por Elsa Leiras (2013) do Questionário do Comportamento Alimentar da Criança - CEBQ de Victor M C Viana Ph.D., 2008)  
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto

Cara Senhora,

O questionário que lhe pedimos que responda destina-se a um estudo para analisar a relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança com 3 anos, no concelho de Barcelos. É um estudo no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde do IPVC.

Este questionário é composto por 4 páginas, de perguntas abertas (com linhas \_\_\_\_\_) e fechadas (com quadriculas ☐, onde deverá escrever ou assinalar com um X, respetivamente a resposta, em conta aquilo que faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. As questões relativas a medidas da criança serão preenchidas aquando da avaliação.

Pedimos-lhe ainda que não coloque o seu nome em nenhuma parte deste questionário, que é anónimo. As suas respostas serão exclusivamente utilizadas para efeito do presente estudo, assegurando-se a confidencialidade das informações prestadas. Caso pretenda pode ser informada dos resultados. Para tal solicite a informação à pessoa que lhe entregou o questionário.

**Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.**

### A Criança

Freguesia:..... Data do 1ºcontato: ...../...../..... Data do 2ºcontato: ...../...../.....

(a)Sexo:

M	F
---	---

(b)Data de nascimento: ...../...../.....

(e)Peso(Kg):.....

(f)Estatura(cm):.....

(g)IMC:.....

(c)Frequentou a creche:

S	N
---	---

(d)Frequenta atualmente o jardim-de-infância:

S	N
---	---

## A Mãe

(h) Data de nascimento: ...../...../..... (i) Escolaridade:.....

☐ (i.1) 1º ciclo

(j) Ocupação .....

(p) Situação Profissional

☐ (i.2) 2º ciclo

☐ (p.1) Empregada

☐ (i.3) 3º ciclo

☐ (p.2) Desempregada

☐ (i.4) Secundário

☐ (p.3) Reformada

☐ (i.5) Bacharelato

☐ (i.6) Licenciatura

☐ (i.7) Mestrado

(k) Peso (Kg):.....

☐ (i.8) Doutoramento

(l) Estatura(m):.....

(m) IMC:.....

(n) Estado civil

☐ (n.1) Solteira

☐ (n.2) Casada/União de facto

☐ (n.3) Separada/Divorciada

☐ (n.4) Viúva

(o) Agregado familiar/com quem vive:

☐ (o.1) Marido/companheiro

☐ (o.2) Filho/s. Quantos?.....

☐ (o.3) Pais/Sogros

☐ (o.4) Outros familiares

☐ (o.5) Outras pessoas

	Nunca	Rara- mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
	1	2	3	4	5	
1. Eu adoro comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
2. Eu como mais quando ando preocupada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
3. Eu tenho um grande apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
4. Eu termino as refeições muito rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
5. Eu interesso-me por comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
6. Eu ando sempre a beber (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
7. Perante novos alimentos eu começo por recusa-los.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
8. Eu como vagorosamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
9. Eu como menos quando estou zangada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
10. Eu gosto de experimentar novos alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
11. Eu como menos quando estou cansada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
12. Eu estou sempre a procurar comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
13. Eu como mais quando estou aborrecida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
14. Se me deixassem comeria demais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
15. Eu como mais quando estou ansiosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
16. Eu gosto de uma grande variedade de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
17. Eu deixo comida no prato no fim das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
18. Eu gasto mais que 30 minutos para terminar uma refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
19. Se tivesse oportunidade eu passaria a maior parte do tempo a comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
20. Eu estou sempre à espera da hora das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF

	Nunca	Rara- mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
21. Eu fico cheia antes de terminar a refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
22. Eu adoro comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
23. Eu como mais quando estou feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
24. Eu sou difícil de me contentar com as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
25. Eu como menos quando ando transtornada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
26. Eu fico cheia muito facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
27. Eu como mais quando não tenho nada para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
28. Mesmo se já estou cheia arranjo espaço para comer um alimento preferido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
29. Se tivesse a oportunidade eu passaria o dia a beber continuamente (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
30. Eu sou incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
31. Se tivesse a oportunidade eu estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
32. Eu interesso-me por experimentar alimentos que nunca provei antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
33. Eu decido que não gosto de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
34. Se tivesse a oportunidade eu estaria sempre com comida na boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
35. Eu como cada vez mais devagar ao longo da refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

## **NORMAS DE MEDIÇÃO E PESAGEM**

### **Instruções para a Avaliação Antropométrica**

(Adaptado de Maria Emília Bengala Duarte, 2011, Universidade de Lisboa)

#### **PREPARAÇÃO DA SALA**

1 – A sala onde irão decorrer as avaliações deverá ter boas condições de trabalho e silêncio, e uma temperatura ambiente agradável que permita que as crianças possam tirar alguma roupa, sem desconforto.

2 – Não havendo uma sala disponível para este efeito deverá preparar-se um espaço num canto da sala de trabalho das crianças que possa reunir as condições referidas no ponto 1.

3 – Escolher um local da sala para a colocação da balança.

A balança funciona a pilhas.

Para ligar a balança basta pressionar na base.

Esperar que o display digital estabilize a zero (0.0)

4 – Escolher um local da sala para colocar o estadiómetro

Montar o estadiómetro e encostá-lo a uma parede para maior estabilidade utilizando os apoios próprios.

Não colocar a última régua, pois não será necessária para a avaliação da estatura destas crianças

5 – Colocação da folha de registo e do computador (se for o caso) numa mesa.

#### **PESAGEM**

1 - Ligar a balança.

2 - Esperar que o display digital estabilize a zero

3 - Colocar a criança no centro da balança, com o mínimo de roupa (roupa padrão definida), devendo permanecer quieta e com o peso uniformemente distribuído por ambos os pés.

4 - Leitura e registo do valor

5 - O observador deverá dizer em voz alta o valor para o anotador, o qual regista e repete também em voz alta.



## MEDIÇÃO DA ESTATURA

- 1 - Colocar a criança de pé, descalça, no centro do estadiômetro, corpo ereto, ombros relaxados, pés juntos, joelhos estendidos e com o peso distribuído uniformemente por ambos os pés; os calcanhares, nádegas, costas e parte superior da cabeça deverão estar em contacto com a escala. A cabeça deve estar segura com firmeza e com orientação segundo o plano aurículo-orbital, devendo o globo ocular ficar num alinhamento paralelo ao chão (Plano de Frankfort).
- 2 - Pedir à criança para não se mexer, não respirar, enquanto o observador faz deslizar a pá horizontal pela escala vertical e perpendicular a esta, até encostar à parte superior da cabeça da criança.
- 3 - Fazer a leitura. Se a pá não estiver exatamente sobre um valor marcado (milímetro), considerar sempre o número inferior.
- 4 - A estatura deverá sempre ser medida duas vezes seguidas. Após a primeira medição, retirar a criança do estadiômetro e reiniciar todo o procedimento.
- 5 - O observador deverá dizer em voz alta o valor para o anotador, o qual regista e repete também em voz alta, nos dois procedimentos.

### Seleção do material

Uma balança de chão eletrónica, marca SECA, modelo 840 ou equivalente. Pesa até 140Kg com graduação a 100g. Funciona a pilhas.

O estadiômetro, também de marca SECA, é o modelo 214 (20-207 cm), para crianças e adolescentes, portátil (escala vertical com uma pá horizontal, deslizante e perpendicular a esta), com precisão de 0,1 cm (1mm).

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

O presente documento remete-se à autorização para participação de um estudo de investigação subordinado ao tema: “Relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança”, realizado por Elsa Maria do Vale Leiras, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação do Professor Doutor Luís Graça.

O estudo irá decorrer nas unidades de saúde do ACES Cávado III Barcelos/Esposende, sendo que a colheita de dados será efetuada em dois momentos distintos, através da aplicação de dois questionários (um em cada um dos momentos), num intervalo de aproximadamente dois meses, com a duração aproximada de preenchimento de vinte minutos em cada questionário. A colheita de dados decorrerá de dezembro de 2013 a março de 2014. Após a aceitação da participação, o momento e o local da colheita de dados será acordado entre a investigadora e a participante consoante a conveniência de ambas as partes, assegurando que os contatos serão feitos em ambiente de privacidade.

Da participação do estudo, não decorrem quaisquer pagamentos ou contrapartidas, sendo a sua participação voluntária. Em qualquer momento poderá abandonar o estudo, não decorrendo daí quaisquer prejuízos ou desvantagem para os participantes.

Após devidamente esclarecida da natureza e objetivos do estudo será garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, assegurando o seu anonimato (não registo de dados de identificação) dado que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

O estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Agradecendo desde já a sua disponibilidade, disponibilizam-se de seguida os contatos da investigadora:

*Elsa Maria do Vale Leiras, enfermeira no ACES Cávado III Barcelos/Esposende; tlm 927993657; elsavaleleiras@gmail.com.*

**Assinatura:** .....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: .....

BI/CD Nº: ..... DATA ou VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA  .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ)**  
(Jane Wardle, Carol Guthrie, Saskia Sanderson, Lorna Rapoport, 2001)

Versão para investigação  
(Traduzido e adaptado por Victor M C Viana Ph.D., 2008)  
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto

Cara Senhora,

O questionário que lhe pedimos que responda destina-se a um estudo para analisar a relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança com 3 anos, no concelho de Barcelos. É um estudo no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde do IPVC.

Este questionário é composto por 4 páginas, de perguntas abertas (com linhas \_\_\_\_\_) e fechadas (com quadriculas ☐) , onde deverá escrever ou assinalar com um X, respetivamente a resposta, em conta aquilo que o seu filho/a faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. As questões relativas a medidas da criança serão preenchidas aquando da avaliação.

Pedimos-lhe ainda que não coloque o seu nome em nenhuma parte deste questionário, que é anónimo. As suas respostas serão exclusivamente utilizadas para efeito do presente estudo, assegurando-se a confidencialidade das informações prestadas. Caso pretenda pode ser informada dos resultados. Para tal solicite a informação à pessoa que lhe entregou o questionário.

**Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.**

A Criança

Freguesia:..... Data do 2º contato: ...../...../.....

(a) Sexo:

<b>M</b>	<b>F</b>
----------	----------

(b) Data de nascimento: ...../...../.....

(e) Peso(Kg):.....

(f) Estatura(cm):..... (g) IMC:.....

(c) Frequentou a creche:

<b>S</b>	<b>N</b>
----------	----------

(d) Frequenta atualmente o jardim-de-infância:

<b>S</b>	<b>N</b>
----------	----------

A Mãe

(h) Data de nascimento: ...../...../..... (i) Escolaridade:.....

(j) Profissão:.....



(k)Peso (Kg):..... (l)Estatura(cm):..... (m)IMC:.....

(n)Estado civil.....

(o)Agregado familiar/com  
quem vive:

☐

(o.1)Marido/companheiro

☐

(o.2)Filho/s. Quantos?.....

☐

(o.3)Pais/Sogros

☐

(o.4)Outros familiares

☐

(o.5)Outras pessoas

	Nunca	Rara- mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
	1	2	3	4	5	
1. O meu filho(a) adora comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
5. O meu filho(a) interessa-se por comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusa-los.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
8. O meu filho(a) come vagarosamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos Alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF

	Nunca	Rara- mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
21.O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
22.O meu filho(a) adora comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
23.O meu filho(a) come mais quando está feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
24.O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
25.O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
26.O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
27.O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
28.Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
29.Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
30.O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
31.Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
32.O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
33.O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
34.Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
35.O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE

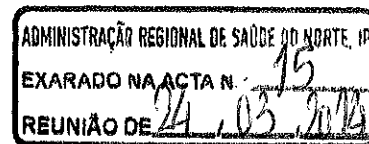
Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☐ PARECER ☒ Nº 16 DATA: 12 Mar14

**DELIBERADO AUTORIZAR**  
27/03/14

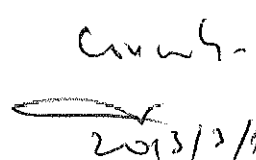
DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

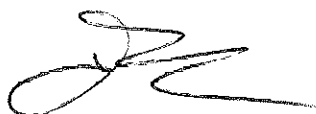
ASSUNTO: Parecer Nº 15/2014

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 15/2014 (sobre o estudo: "Relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança"), aprovado na reunião do dia 4 de Fevereiro de 2014, por unanimidade.

  
Dr. Ponciano Oliveira  
Vogal C.D.

  
2013/12/13  
Rui Cernadas  
Vice-Presidente do C.D.

A Consideração Superior



Deolinda Neves  
Assessora CES/UIC

  
José Carlos Pedro  
Vogal C.D.





**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

**PARECER Nº 15/2014**

**Sobre o estudo T/246 – Estudo sobre “Relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança”**

**A – Relatório**

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo n.º T246, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao estudo “Relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança”, cuja investigadora é Elsa Maria Vale Leiras, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação do Professor Doutor Luís Graça e coorientadora Professora Maria Fátima Franco, a realizar no ACES Cávado III – Barcelos Esposende, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas.

1. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, curriculum do investigador, modelo de consentimento informado, pedido de autorização para realização do estudo ao ACES Cávado III, declaração de entrega de relatório final à CES, termo de aceitação do orientador do referido estudo, instrumento de recolha de dados, declaração de autorização do autor do questionário a utilizar e declaração do uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo.
2. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo correlacional, sendo a população constituída por todas as crianças que completam 3 anos entre Novembro de 2013 e Janeiro de 2014 (cerca de 180), inscritas na área de influência das unidades de saúde do ACES Cávado III Barcelos Esposende e as respetivas mães que coabitam com as mesmas e que satisfaçam os critérios de inclusão do respetivo estudo.
3. A recolha de dados engloba dois momentos. O primeiro é dirigido à mãe e o segundo dirigido aos comportamentos da criança, descritos pela mãe, após dois meses da mesma





ter respondido ao questionário. A colheita de dados é realizada pela investigadora através da utilização de um questionário do comportamento alimentar da criança (CEBQ) e questionário do comportamento alimentar da mãe adaptado do anterior e já testado (Pré-teste). Para o primeiro contacto, relativamente à colheita de dados à mãe, este ocorrerá na Unidade de Saúde, aquando da consulta de vigilância dos 3 anos da criança, sendo que, o assistente técnico informa a mãe da realização do estudo e da sua livre vontade em participar no mesmo. Se aceitar participar, será solicitada autorização para fornecimento do seu contacto à investigadora, que irá combinar o momento e local, para obtenção do consentimento informado e colheita de dados. Para o segundo momento, será solicitada à participante a possibilidade para colheita de dados relativo à criança, no intervalo de dois meses. O tratamento de dados será realizado com recurso ao software SPSS.

4. Os objetivos do estudo são: Caracterizar as crianças em relação ao seu estado nutricional associado ao IMC; Descrever os comportamentos alimentares das mães com crianças com 3 anos de idade; Descrever os comportamentos alimentares das crianças com 3 anos de idade; Avaliar a relação entre o comportamento alimentares da mãe e o comportamento alimentar da criança com três anos de idade.

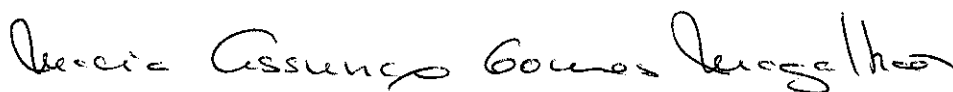
#### B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pelo investigador.
3. Considera-se que está garantida a anonimização dos participantes no estudo e está garantido o consentimento informado, para a recolha de dados através de questionário.
4. A participação não terá qualquer tipo de incentivo / recompensa ou punição, podendo o participante em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo ou dano.
5. Todos os custos serão suportados pelo investigador.
6. A informação é recolhida de forma lícita e não é excessiva

### C – Conclusões

1. Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização da realização deste estudo.
2. Os questionários e a chave de codificação dos dados devem ser destruídos um mês após a conclusão do trabalho.

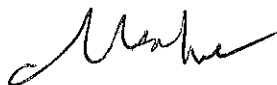
O relator



Mestre Maria Assunção Gomes Magalhães

Aprovado em reunião do dia 04/02/2014, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol